المركز القومى للترجمة

المشروع القومى للترجمة

العلاج المعرفى

"الأسس والأبعاد"

تأليف: چوديث بيك
تقديم: آرون بيك
ترجمة: طلعت مطر
مراجعة: إيهاب الخراط

1141

العلاج المعرفى

الأسس والأبعاد

المركز القومى للترجمة

المشروع القومى للترجمة
إشراف: **جابر عصفور**

- العدد: ١١٤١
- العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد
- چوديث بيك
- طلعت مطر
- إيهاب الخراط
- الطبعة الأولى ٢٠٠٧

هذه ترجمة كتاب:

Cognitive Therapy:
Basics and Beyond
By: Judith S. Beck
Copyright©1995 The Guilford Press,
A Division of Guilford Publications، Inc.

شارع الجبلاية بالأوبرا – الجزيرة – القاهرة. ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ – ٢٧٣٥٤٥٢٦
EL Gabalaya st. Opera House، El Gezira، Cairo
E-mail: egyptcouncil@yahoo.com 27354524 - 27354526

العلاج المعرفيِ

الأسس والأبعاد

تأليف: چوديث بيك

تقديم: آرون بيك

ترجمة: طلعت مطر

مراجعة: إيهاب الخراط

٢٠٠٧

بطاقة الفهرسة
إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية
إدارة الشئون الفنية

بيك، جوديث
العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد: تأليف: جوديث بيك؛ تقديم: آرون بيك؛ ترجمة: طلعت مطر؛ مراجعة: إيهاب الخراط – ط١ – القاهرة: المركز القومى للترجمة، ٢٠٠٧.
٥٠٨ ص؛ ٢٤سم – (المشروع القومى للترجمة؛ العدد ١١٤١).

١- العلاج النفسى
أ- بيك، آرون (مقدم)
ب- مطر، طلعت (مترجم)
ج- الخراط، إيهاب (مراجع)
د - العنوان

١٥٧,٩٤

رقم الإيداع: ٢٠٠٧/٢٦٩١٨
الترقيم الدولى: 2 - 574 - 437 -977
طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

المحتوى

مقدمة المترجم

لقد مر الطب النفسى فى تطوره حتى وقتنا هذا بمراحل مختلفة، وإن كان الكثيرون قد فتنوا بمدرسة التحليل النفسى واعتبروها من أهم اكتشافات العصر الحديث، وأن سيجموند فرويد قد اكتشف آفاقًا فى النفس البشرية لم تكن معروفة من قبل، واجتاز مناطق لم تكن مأهولة أسهمت إلى حد كبير فى جعل المعالج النفسى يظن أنه قادر على الخوض فى أعماق النفوس ومعالجة أسباب انحرافها. غير أن التجربة والزمن أفصحا عن غير ذلك. فكانت مساهمة التحليل النفسى فى علاج الأمراض النفسية على غير ما هو متوقع، وكانت النتيجة محبطة تمامًا فى الأمراض الذهانية، وذهب البعض إلى اتهام فرويد ومدرسة التحليل النفسى بأنهما السبب فى تخلف هذا الفرع من فروع الطب عن المسيرة العلمية التى خاضتها بقية الفروع. وبدأ الجميع يبحثون فى علوم الفسيولوچى والكيمياء والمستقبلات العصبية. وعلى الرغم من ضآلة المحصول العلمى من هذه الأبحاث، والتى لم ترقَ بالطب النفسى إلى مستوى بقية فروع الطب المختلفة، فإن الأطباء النفسيين قد فتنوا مرة أخرى بهذه المعطيات، وبات مفهوم الأمراض النفسية لا يتعدى اضطرابًا فى كيمياء المخ واختلالاً فى المسارات العصبية أو نقصًا فى بعض المواد التى يمكن تعويضها بالأدوية الكيميائية. واقتصرت اللقاءات العلمية والمؤتمرات الطبية على مناقشة مفعول الأدوية المختلفة وبيان ميزة هذا الدواء على ذاك، وازدهرت الأبحاث التى تركز على الاضطرابات الفسيولوچية والكيميائية وعلاقتها بالأعراض المرضية وكيفية علاج هذه الأعراض بالدواء المناسب، وكأن الأمراض النفسية هى مجموعات من الأعراض المختلفة دون النظر إلى الأصول المسبِّبة لهذه الأعراض وديناميكيتها إلى الحد الذى انتفت فيه الحاجة إلى تخصص الطب النفسى، فيمكن لأى طبيب أو حتى غير طبيب أن يستقرئ هذه الأعراض، ويصف لها الدواء المناسب، وغالبًا ما يكون دواءً واحدًا قادرًا على شفاء كل الأعراض، وتوارت أهمية العلاج النفسى أو كادت. ولقد أسهمت عدة عوامل فى

شيوع هذا الاتجاه، ومنها صعوبة المقارنة بين نتائج العلاج الدوائى التى تكون سريعة وظاهرية ونتائج العلاج النفسى التى تكون بطيئة ومستترة، وكذلك صعوبة دراسة طرق العلاج النفسى دراسة منهجية وموضوعية وارتباط النظرية بالتطبيق. والأهم من ذلك صعوبة تعلم طرق العلاج النفسى بطريقة منهجية، إلى أن تبلورت نظرية آرون بيك فى النموذج المعرفي، والتى انبثقت من علاج مرضى الاكتئاب وليس من الاستبطان أو التنظير كبقية نظريات التحليل النفسى أو على الربط المباشر بين الإشراطات المختلفة والاستجابات السلوكية اللا إرادية دون النظر إلى أهمية الوعى كما تقول النظرية السلوكية. وهى نظرية بسيطة ومفهومة إلى حد كبير، وقابلة للتطبيق المباشر فى العلاج النفسى. ويتميز العلاج المعرفى بتقنياته الثابتة وقابليته للتعلم والتزامه بشكل وزمن محددين. ومن هنا أمكن المقارنة بينه وبين أنواع العلاج الدوائى بطريقة منهجية ومقننة. وقد أثبتت معظم الدراسات جدوى هذا العلاج، ليس فقط فى علاج الاكتئاب أو الأمراض العصابية، وإنما فى اضطرابات السلوك واضطرابات الشخصية بل فى الأمراض الذهانية. وحين قرأت كتاب جوديث بيك "العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد" أخذت به كثيرًا، وقد اتبعت نصائحها بطريقة مباشرة وهى أن أبدأ فى علاج مريض مع دراسة الكتاب وتطبيق ما أتعلمه أولا بأول، ولمست – ربما للمرة الأولى فى حياتى المهنية – نتائج مباشرة وظاهرة فى علاج المرضى. ووجدت أن الضرورة موضوعة على أن أقوم بنقله إلى العربية حتى يستطيع المعالج النفسى العربى سواء كان طبيبًا نفسيًا أو أخصائيًا نفسيًا أن يفهم بسهولة ماهية هذا العلاج والاستعانة به فى تعلم طرقه وتقنياته المختلفة. وقد أجمع الكثيرون من المعالجين النفسيين أن هذا الكتاب يعتبر الأهم من بين كتب العلاج المعرفى على الإطلاق، وأنه لا غنى عنه لأى راغب فى تعلم هذا النوع من العلاج. وحينما قابلت المؤلفة وأفصحت لها عن رغبتى فى ترجمة الكتاب، رحبت كثيرًا بذلك، بل أبدت استعدادها لتقديم أى عون ممكن. وقد اتبعت منهجًا فى ترجمة هذا الكتاب، وهو كتابة المتن باللغة العربية الفصحى، وأما الحوار بين المعالج والمريض فقد آثرت أن أكتبه بالعامية لأضع القارئ فى جو

العلاج العملى، وقد اخترت اللهجة المصرية باعتبارها أكثر اللهجات شـيوعًا فـى عالمنا العربي، وبوصفها لهجة مفهومة لكل العرب.

وأخيرًا لا يسعنى إلا أن أوجه خالص شكرى وتقديرى للزميل الفاضل الدكتور إيهاب الخراط الذى قام بمراجعة هذا الكتاب وأبدى ملاحظاته القيمة على بعض المصطلحات، وكذلك تصحيح الكثير من الأخطاء المطبعية مع فريقه المعاون..

والله ولى التوفيق.

طلعت مطر

تقديم

آرون بيك

ما الغرض من هذا الكتاب؟

ربما يثار هذا السؤال لدى قارئ هذا الكتاب، ولذا تجدر مناقشته فى المقدمة. ولكى أجيب عن هذا السؤال لقراء كتاب جوديث بيك (العلاج المعرفى، الأسس والأبعاد)، أريد أن أرجع بالقارئ إلى الأيام الأولى للعلاج المعرفي، وكيف تطور منذ تلك الأيام حينما بدأت أعالج مرضاى مستخدمًا عدة طرق علاجية أسميتها فيما بعد (العلاج المعرفى). ولم تكن لدىَّ أية فكرة حول الطريق الذى سأسلكه فى هذا الاتجاه، والذى ابتعد كثيرًا عن تدريبى فى التحليل النفسى. واعتمادًا على خبرتى الإكلينيكية وبعض الدراسات المنهجية رأيت أن ثمة خللاً جوهريًا فى التفكير لدى مرضى الأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق. وينعكس هذا الخلل بصورة منهجية على الطريقة التى يتفهم بها المرضى ويفسرون ما يمر بهم من تجارب حياتية معينة. وبتحديد هذا الخلل فى التفسير ومحاولة تصحيحه باقتراح البدائل - أى احتمالات وتفسيرات أخرى لتجربة معينة - وجدت أننى أستطيع أن أقلل من الأعراض بصورة مباشرة. وبتدريب المرضى على هذه المهارات المعرفية يمكنهم الاستمرار فى التحسن والمحافظة عليه. وهذا التركيز على المشاكل الحالية أظهر تقريبًا تحسنًا كاملاً من الأعراض فى غضون أسبوع إلى أربعة عشر أسبوعًا. وقد أيدت الدراسات الإكلينيكية التى أجريت بواسطة تلامذتى وأطباء ومعالجين من أماكن مختلفة فائدة هذا العلاج فى الاكتئاب والقلق ونوبات الهلع. وأستطيع أن أزعم أنه فى منتصف الثمانينيات استطاع العلاج المعرفى أن يأخذ مكانته بوصفه نظامًا علاجيًا متكاملاً؛ فهو يتكون من:

١- نظرية فى الشخصية والسيكوباثولوچى مع وجود نتائج تجريبية (قوية أو صادقة) تؤكد صحة فروضها.

٢- نموذج للعلاج النفسى مع مجموعة من القواعد والاستراتيجيات المندمجة مع نظرية السيكوباثولوجى.

٣- نتائج إكلينيكية وتجريبية قوية معتمدة على دراسات إكلينيكية مقننة تؤكد فعالية هذا العلاج .

ومنذ ذلك الوقت قام جيل جديد من المعالجين والباحثين والمعلمين بفحص النموذج المعرفى Cognitive Model، وقاموا بتطبيق العلاج المعرفى على مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة. وقد أوضحت هذه الدراسات المنهجية الأبعاد المعرفية الأساسية للشخصية وعلاقتها بالاضطرابات النفسية وفاعلية المعلومات الخاصة بكل اضطراب من هذه الاضطرابات، وكذلك العلاقة بين الضغوط المختلفة والقابلية للإصابة بالمرض.

ولقد تجاوز تطبيق هذا النوع من العلاج النفسى على مختلف الأمراض النفسية والطبية كل توقعاتى منذ أن بدأت أطبق هذه النظرية على بعض مرضى القلق والاكتئاب. وبالنسبة إلى فاعلية هذا العلاج فلقد أوضح الباحثون فى العالم كله، وبصفة خاصة فى الولايات المتحدة، أن لهذا العلاج فعالية فى مجموعة متنوعة من الأمراض النفسية مثل اضطراب الوسواس القهرى، والمخاوف على اختلاف أنواعها، وكذلك اضطرابات التغذية eating disorders. وغالبًا ما أثبت العلاج فعالية إذا أعطى مع العلاج الدوائى فى أمراض مثل الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب والفصام. ولقد وجد أيضًا أن العلاج المعرفى مفيد فى بعض الأمراض العضوية المزمنة مثل آلام أسفل الظهر والقولون العصبى وارتفاع ضغط الدم ومرض الوهن العام. ومع هذه المجموعة المتنوعة من تطبيقات العلاج المعرفي، كيف يمكن للمعالج الطموح أن يبدأ فى تعلُّم مفاتيح هذا العلاج؟ واقتباسًا من "أليس فى بلاد العجائب" أبدأ من البداية.

هذا يأتى بنا ثانيةً إلى بداية المقدمة، وهو هدف هذا الكتاب لمؤلفته جوديث بيك، وهى واحدة من أبناء الجيل الجديد من المعالجين المعرفيين (والتى كانت فى سنى صباها أول من استمع لى وأنا أعرض وأشرح هذه النظرية). إن هدف هذا الكتاب هو تقديم أساس متين لممارسة العلاج المعرفي. وعلى الرغم من التنوع

الهائل لتطبيقات هذا العلاج، فإنها كلها تعتمد على مبادئ أساسية قد تضمنها هذا الكتاب. وتوجد كتب أخرى بعضها من تأليفي قد تقود القارئ في متاهة هذه التطبيقات الخاصة المتعلقة باضطرابات معينة. وهذا الكتاب سوف يغني عن هذه الكتب، كما أعتقد أنه كتاب أساسي في العلاج المعرفي، كما أن المعالجين المحنَّكين سوف يجدون في هذا الكتاب وسيلة مهمة لتقوية مهاراتهم في صياغة المفاهيم وتدعيم دورهم في التكنيكات العلاجية، والتخطيط للعلاج بطريقة أكثر فعالية، وكذلك حل المشكلات التي تواجههم.

وبطبيعة الحال، فإنه لا يوجد كتاب في العلاج النفسي يُغني عن الإشراف المباشر من قبل الأستاذ، ولكن هذا الكتاب مهم جدًا، ويمكن أن يدعم بالإشراف والمتابعة من خلال شبكة من المعالجين المحنكين (انظر الملحق د).

والدكتورة جوديث بيك تستحق بجدارة أن تقدم هذا الكتاب لراغبي التعلم؛ فلقد أقامت – على مدى ١٠ سنوات – الكثير من ورش العمل والمؤتمرات، وألقت الكثير من المحاضرات في العلاج المعرفي، وساعدت في تطوير كثير من النماذج العلاجية للأمراض المختلفة، وشاركت في الكثير من الأبحاث حول العلاج المعرفي. وبهذه الخلفية الواسعة استطاعت أن تكتب هذا الكتاب المحمَّل بكثير من المعلومات الغزيرة لتطبيق هذا العلاج.

إن ممارسة العلاج المعرفي ليست بالأمر السهل؛ فلقد لاحظت بنفسي بعض المشاركين في الأبحاث الإكلينيكية على سبيل المثال، والذين كانوا يتعاملون مع (الأفكار التلقائية) وليس لديهم فهم حقيقي لتصور المرضى عن عالمهم الشخصي أو أي إحساس بمبدأ (التجريب التعاوني). ولهذا، فإن مهمة الدكتورة جوديث بيك هي تعليم وتدريب كل من المعالج المبتدئ والمعالج الخبير في العلاج المعرفي. ولقد نجحت بجدارة في هذه المهمة.

د .آرون بيك

مقدمة المؤلفة

بينما كنت أقوم بتقديم ورش العمل والندوات المحلية والعالمية على مدار السنوات العشر الماضية، استرعى انتباهى ثلاثة أمور: أولها، الحماس المتنامى للعلاج المعرفى باعتباره واحدًا من النظم العلاجية القليلة ذات الاتجاه الموحد، والتى أثبتت جدواها عمليًا. وثانيًا، الرغبة القوية للعاملين فى مجال الصحة النفسية لممارسة العلاج المعرفى بطريقة نظامية مسترشدين بصياغة قوية ومعرفة التكنيكات العلاجية المختلفة. ثالثًا، الكم الهائل من سوء الفهم والأفكار الخاطئة عن العلاج المعرفى مثل اعتباره مجرد مجموعة من التكنيكات؛ مما يقلل من شأن المشاعر والعلاقات العلاجية والتقليل من أهمية تأثير تجارب الطفولة والنشأة المبكرة على الاضطرابات النفسية.

ولقد أخبرنى عدد لا حد له من المشاركين فى الندوات أنهم يمارسون العلاج المعرفى لسنوات عديدة دون أن يدركوا أن هذا هو (العلاج المعرفى)، كما قابلت آخرين على دراية بالكتاب الأول فى العلاج المعرفي، وهو "العلاج المعرفى للاكتئاب لآرون بيك وآخرين" (Beck, Rush Shaw, & Emery, 1979) "Cognitive therapy of Depression" ولقد جاهد هؤلاء لكى يتعلموا كيفية تطبيق هذا العلاج بطريقة أكثر فاعلية.

ولقد صمم هذا الكتاب لقطاع عريض من العاملين فى مجال الصحة النفسية، والذين تعرضوا للعلاج المعرفى بطريقة أو بأخرى، وكذلك المحترفين الذين يريدون تحسين أدائهم فى تكوين مفهوم معرفى عن مرضاهم وكيفية التخطيط الجيد للعلاج وتوظيف التكنيكات العلاجية المختلفة وتقييم نتائج علاجهم، وكذلك تحديد المشاكل التى تنشأ أثناء الجلسة العلاجية.

ولكى أستطيع تقديم المادة بأبسط طريقة ممكنة اتخذت مريضة واحدة كمثال خلال الكتاب كله. كانت "سالى" مريضتى حينما شرعت فى كتابة هذا الكتاب منذ عدة سنوات. وكان علاجها مثالاً واضحًا للعلاج المعرفى القياسى لنوبة

اكتئاب قياسى بسيطة. ولتجنب الخلط، فلقد أشرت إلى سالى وكل المرضى الذين ذكروا فى هذا الكتاب بوصفهم إناثًا، وأما المعالجون فقد أشرت إليهم بوصفهم ذكورًا. ولقد قصدت بذلك أن أقدم المادة بالوضوح الممكن ومنع الخلط فى فهم الكتاب، وكذلك استخدمت كلمة "مريضة" بدلاً من كلمة عميلة إشارة إلى خلفيتى الطبية فى عملى. ويصف هذا الكتاب فى العلاج المعرفى عملية الصياغة أو تكوين المفهوم المعرفى، والتخطيط العلاجى، وبناء الجلسات، والتعرف على المشاكل ذات الصلة، والتى تعود بالفائدة على المرضى. وعلى الرغم من أن الوسائل والتكنيكات قد شرحت لتطبق على حالة اكتئاب بسيطة، فإنها يمكن أن تطبق على مرضى يعانون من مشاكل متنوعة. ولقد تمت الإشارة إلى الاضطرابات الأخرى والمراجع المتاحة حتى يستطيع المعالج أن يفصِّل العلاج بطريقة مناسبة لكل حالة على حدة.

والحق أن هذا الكتاب لم يكن ليرى النور دون العمل الاختراقى الأساسى لوالد العلاج المعرفى، والذى هو والدى أيضًا، ذلك العالم المتميز والمنظِّر والمعالج معًا.

وتمثل أفكار هذا الكتاب عصارة سنوات كثيرة من ممارساتى الإكلينيكية والقراءة والإشراف العلاجى والمناقشات مع والدى وآخرين. ولقد تعلمت كثيرًا من كل الذين أشرفوا علىَّ وأشرفت عليهم، وكذلك المرضى الذين عملت معهم. وإنى لأدين بالعرفان لكل هؤلاء.

بالإضافة إلى ذلك أود أن اقدم الشكر لكل الذين وجهوا إلىَّ الملاحظات أثناء كتابة هذا الكتاب وخصوصًا "كيفين كوهلوين"، و"كريستين بادسكى"، و"توماس إليس"، و"دونالد بيل آى"، و"توماس داود"، و"ريتشارد بوسس". وكذلك أقدم الشكر إلى" تينا انفورانزو" و"هيلين ويل"، و"بربارا شيرى" الذين أعدوا النسخة المطبوعة، وكذلك "راشيل تاتشر ب.أ" و"هيثر بدجدانوف ب.أ" الذين ساعدوا فى وضع اللمسات النهائية لهذا الكتاب.

چوديث بيك

الفصل الأول

تأسيس العلاج المعرفى

تأسس العلاج المعرفى بواسطة آرون بيك فى جامعة بنسلفانيا فى أوائل الستينيات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرض الاكتئاب، وهو موجَّه أساسًا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبى والسلوك المترتب عليه (Beck,1964) . ومنذ ذلك التاريخ نجح بيك وآخرون فى تكييف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة بطريقة مدهشة

(Freeman & Dattilio, 1992; Freeman, Simon, Beutler & Arkowitz, 1989)

(Scott, Williams, & Beck, 1989)

وقد غيرت هذه التعديلات من الهدف والتقنية ومدة العلاج، ولكن الإطار النظرى نفسه ظل ثابتًا. وباختصار شديد جدًا، فإن النموذج المعرفى يفترض أن التفكير المشوش والسلبى (الذى يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى) هو الغالب فى معظم الاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعى وتعديل التفكير يؤدى إلى تحسن فى المزاج والسلوك. واستمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى.

وقد طورت أشكال مختلفة من العلاج المعرفى السلوكى بواسطة منظِّرين رئيسيين، ومن أهمها: العلاج العقلاني- الانفعالى Rational - Emotive Therapy لألبرت إليس (Ellis, 1962)، والتعديل المعرفى السلوكى (Cognitive Behavioral Modification)، لدونالد ميشينبام (Meichenbaum, 1977) والعلاج المتعدد الاتجاهات Multimodal therapy للازاروس (Lazarus, 1976) .

وهناك إسهامات مهمة بواسطة آخرين كثيـــرين مثـــل ميشـــيل مـــاهونى (١٩٩١)، وفيتوريو جويدانو، وجيوفانى ليوتى (١٩٨٣). والمراجعات التاريخيـــة الشاملة فى هذا الحقل تقدم وصفاً غنيًا لكيفية نشـــوء التيـــارات المختلفـــة للعـــلاج المعرفى وتطورها (Arnkoff &Glass,1992; Hollon & Beck, 1993) .

ويركز هذا الكتاب على نشأة العلاج المعرفى وتطوره بواسطة آرون بيك، ويتفرد بأنه نظام علاجى قائم على نظرية موحدة فى الشخصية والسيكوباثولوجى مدعمة بأدلة تجريبية واقعية، وتتميز بعلاج عملى ذى تطبيقات واسعة مدعمة ببيانات تطبيقية مشتقة بسلاسة من النظرية. وقد أخضع العلاج المعرفى للاختبار بتوسع منذ ظهور الدراسة الأولى التى نشرت عام ١٩٧٧بواسطة روش وآخرين، (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977)

وقد أظهرت الدراسات المنظمة والمقارنة فعاليته فى علاج النوبات الاكتائبية العظمى(Major Depressive Disorder (Dobson, 1989 ، والقلق النفسى العام Generalized Anxiety Disorder (Butler Fennell, Robson & Gelder,1991) واضطراب الهلع (Panic Disorder) (Barlow, Craske, Cerney & Klosko, 1989) (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright 1992; Clark, Salkovskis,) (Hackmann, Middleton & Gelder, 1992) والرهاب الاجتماعى Social Phobia (Gelernter et al, 1991; Heimberg et al 1990) (Agras et al, 1992) (Fairburn,) (Jones, Peveler, Hope & Doll, 1991; Garner et al, 1993 والمشاكل الزوجية (Baucom, Sayers & Scher, 1990) واكتئاب المرضى الداخليين Inpatient Depression (Bowers, 1990; Miller, Norman,) Keitner, Bishop & Dow, 1989; (Thase, Bowler, & Harden, 1991)

ويطبق العلاج النفسى حاليًا فى العالم كله كعلاج منفرد أو إضافى لاضطرابات نفسية أخرى مثل الوسواس القهرى Obsessive Compulsive Disorder (Salkovskis & Kirk,1989) ، وعصاب الصدمة Post-Traumatic Stress Disorder

(Dancu&Foa,1992،Parrott & Howes,1991) واضطرابات الشخصية Personality Disorder (Beck et al1990;Layden,Newman,Freeman&Morse1993;Young1990) والاكتئاب المتكرر Recurrent Depression) R. DeRubeis اتصال شخصى ١٩٩٣) والألم المزمن Chronic Pain (Miller,1991; Turk, Meichenbaum & Genest,1983) وتوهم المرض Hypochondriasis (Warwick & Salkovskis, 1989) والفصام (Schizophrenia) (Chadwick & Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1994)، (Perris, Ingelson & Johnson, 1993)

وقد درس استخدام العلاج المعرفى كذلك لغير المرضى النفسيين كالمساجين وأطفال المدارس والمرضى العضويين المصابين بأمراض مختلفة وكثيرين. وقد وجد بيرسون وبيرنس ووبيرلوف(١٩٨٨) أن العلاج المعرفى فعال للمرضى على اختلافهم من حيث التعليم والدخل والخلفية الاجتماعية، ولقد تكيف ليعمل مع المرضى من جميع الأعمار من سن الطفولة المبكرة (Knell, 1993) إلى المسنين.(Casey & Grant, 1993; Thompson,Davies, Gallagher & Krantz 1986)

وعلى الرغم من تركيز هذا الكتاب على العلاج الفردى، فإن العلاج المعرفى أيضًا قد حُوِّر ليستعمل فى العلاج الجمعى.

(Beutler et al, 1987; Freeman, Schrodt, Gilson, & Ludgate, 1993)

وعلاج مشاكل الأزواج (Baucom&Epstein,1990;Dattilio & Padesky,1990)

والعلاج الأسرى Family Therapy

(Bedrosian & Bozicas,1994; Epstein, Schlesinger & Dryden,1988)

ولكن مع كل هذه التعديلات، كيف يظل العلاج المعرفى مميزًا فـى كـل أشكال العلاج المعرفى التى انشقت عن نموذج بيك؟ يعتمد العلاج على كـل مـن الصيغة المعرفية لاضطراب معين وإمكانية تطبيقها على ضوء فهمها للمـريض. وينشد المعالج – بأساليب مختلفة– إلى تغيير طريقة تفكيـر المـريض ومعتقداتـه بهدف إحداث تغيير دائم فى مشاعره وسلوكه. ولكى نصف مفاهيم العلاج المعرفى وعملياته فقد اخترنا حالة واحدة كمثال فى كل فصول هذا الكتاب.

"سالى" فتاة عزباء فى الثامنة عشرة من عمرها، وهى تعتبر حالة مثاليـة من جوانب كثيرة، وعلاجها يمثل بوضوح مبادئ العلاج المعرفي، ولقـد جـاءت لطلب العلاج أثناء الفصل الثانى من عامها الجامعى التمهيدي؛ لأنها كانت تعـانى من اكتئاب شديد مع قلق فى الشهور الأربعة الأخيرة؛ مما أثر على أدائها الدراسى ونشاطها العام. وفى الواقع كنت قد شخصت حالتها على أنها نوبة اكتئـاب جسـيم متوسط الشدة طبقًا للدليل الشخصى الرابع للاضطرابات النفسية التـابع للجمعيـة الأمريكية للطب النفسى (DSM-IV).

وسوف نقدم وصفًا شاملاً لحالتها فى الفصل القادم وملحق (أ)، والمشـهد التالى من جلسة سالى العلاجية الرابعة يقدم لنا نموذجًا مثاليًا من التدخل العلاجـى المعرفي. ولقد تم هنا تحديد مشكلة مهمة بالنسبة للمريضة، مرتبطة بفكرة سلبية قد تم التعرف عليها وتقييمها ثم وضعت خطة منطقية لعلاجها، ثم تـم تقيـيم فاعليـة التدخل العلاجى.

المعالج: كويس. إنتى كنتى عاوزة تتكلمى عن مشكلة فى إنك تلاقـى شـغل بعـد الضهر.

المريضة: أيوة أنا محتاجة فلوس. بس مش عارفة.

المعالج: (ملاحظًا أن المريضة تبدو أكثر اكتئابًا) إيه اللى بيدور فى مخك دلوقت

المريضة: أنا مش حاقدر أمشى فى أى شغلانة.

المعالج: ودا بيخليكى تشعرى بإيه؟

المريضة: حزينة، محبطة فعلاً.

المعالج: يعنى إنتى عندك الفكرة دي: (أنا مش حانفع فى أى شغلانة). والفكرة دى بتخليكى حزينة؟ لكن إيه الدليل إنك مش حاتنفعى فى أى شغلانة؟

المريضة: أنا حتى مش قادرة أمشى فى دروسى.

المعالج: كويس، وإيه تانى؟

المريضة: مش عارفة. أنا لسة تعبانة، صعب علىَّ خالص إنى حتى أروح أدور على شغل، مش أروح الشغل كل يوم.

المعالج: دقيقة حنقف عند النقطة دى شوية. ممكن فعلاً يكون أصعب على الواحد يدور على الشغل من أنه يروح الشغل بتاعه كل يوم. عندك دليل تانى إنك ما تقدريش على الشغل (على فرض إنك بتشتغلى فعلاً)؟

المريضة: لا.. مش بفكر فى كدة.

المعالج: طيب، فيه أى دليل على العكس، على إنك تقدرى على الشغل؟

المريضة: أنا اشتغلت السنة اللى فاتت مع إنى كان عندى مدرسة ونشاطات أخرى. بس السنة دى.. مش عارفة...!

المعالج: أى دليل تانى إنك تقدرى تشتغلي؟

المريضة: مش عارفة. ممكن أعمل حاجة ما تخدش وقت كتير ومتكونش صعبة قوى.

المعالج: ودى ممكن تكون إيه؟

المريضة: شغلانة بائعة مثلاً.. أنا عملت كدة السنة اللى فاتت.

المعالج: عندك فكرة دى ممكن تكون فين؟

المريضة: الحقيقة ممكن تكون فى مكتبة الجامعة. أنا قريت إعلان إنهم عـاوزين موظفين.

المعالج: كويس.. إيه ممكن تكون أسوأ الاحتمالات إذا لقيتـى شـغل فـى مكتبـة الجامعة؟

المريضة: يمكن ما أقدرش أشتغل كويس.

المعالج: ولو ده حصل، يا ترى حتقدرى تعيشى ولا لأ؟. إيه اللى ممكن يحصل؟

المريضة: طبعًا.. حاستقيل وخلاص.

المعالج: وإيه أحسن الاحتمالات؟

المريضة: إنى أقدر أشتغل بسهولة.

المعالج: وإيه الحاجة الواقعية؟

المريضة: ممكن ما يكونش سهل فى الأول لكنى أقـدر أعملـه مـع الاسـتمرار والتدريب.

المعالج: إيه تأثير الاعتقاد بالفكرة الأولى (أنا مش حأقدر أعمل أى شغل).

المريضة: بتخلينى حزينة، بتخلينى حتى ما حاولش.

المعالج: وإيه تأثير تغيير أفكارك، فى إنك أدركت إنك ممكن تشتغلى فى مكتبة؟

المريضة: حاحس إنى أحسن، حاحس إنى أحاول أتقدم للشغل.

المعالج: وإنت ناوية تعملى إيه؟

المريضة: أروح أقدم على شغل، ممكن أروح النهارده بعد الضهر.

المعالج: قد إيه احتمال إنك تروحى؟

المريضة: أنا بيتهيأ لى.. أروح، حاروح إن شاء الله.

المعالج: وحاسه بإيه دلوقت؟

المريضة: ممكن أحسن شوية، شوية قلقانه، بس شوية عندى أمل.. يمكن!

وهنا نلاحظ أن سالى تستطيع بسهولة التعرف على أفكارها الخاطئة أو المعطلة وتقييمها (أنا مش ها أقدر على أى شغل) وبأسئلة مقننة (انظر الفصل الثامن) نرى أن كثيرًا من المرضى الذين يعانون من مشكلة مماثلة يتطلبون جهدًا علاجيًا أكبر بكثير من أجل إدراك ذلك. وعلى الرغم من ضرورة تفصيل العلاج المناسب على حسب الحالة، فإن هناك مبادئ معينة يتميز بها العلاج المعرفى أهمها:

المبدأ رقم (١):

إن العلاج المعرفى يُبنى أساسًا على التقييم المتنامى والمستمر للمريضة ومشاكلها فى صيغة مصطلحات معرفية. فمعالج سالى ينظر إلى متاعبها فى إطارات زمنية ثلاثة؛ فهو فى البداية يحدد طريقة تفكيرها الحالية التى تساعد على شعورها المستمر بالحزن (أنا فاشلة، أنا معرفش أعمل حاجة صح، أنا عمرى ما هكون مبسوطة) وسلوكها المضطرب أو الإشكالى (الاعتزال عن الناس وبقاؤها فترة طويلة فى الفراش وتجنب طلب المساعدة). وتنبع هذه التصرفات من أفكار سالى السلبية وبالتالى تدعمها. وثانيًا، فهو يحدد العوامل المرسبة التى أثرت فى إدراك سالى فى بداية مرضها (كونها بعيدة عن منزلها للمرة الأولى ومعاناتها فى الدراسة ساعدت فى تدعيم اعتقادها بأنها غير كفء). ثالثًا، يضع المعالج فرضية عن نشأتها والأحداث المحيطة بتربيتها والنماذج الثابتة فى تفسير هذه الأحداث التى جعلتها عرضة للاكتئاب (على سبيل المثال فإن سالى لديها ميول قديمة لتفسير النجاح وقوة الشخصية بحسن الحظ، ولكنها تنظر إلى ضعفها النسبى على أنه انعكاس لشخصيتها الحقيقية)، ويبنى المعالج هذه الافتراضات بناء على المعلومات

التى أوردتها سالى فى اللقاء الأول. ويستمر فى تنقيح هذه الافتراضات والمفاهيم طوال فترة العلاج؛ حيث تظهر دائمًا معلومات جديدة. وعند نقاط استراتيجية يشرك معه المريضة فى تصور هذه المفاهيم ليتأكد من ملامستها للواقع بالنسبة إليها. وعلاوة على ذلك، فأثناء العلاج يساعد سالى على أن تنظر إلى تجربتها من خلال النموذج المعرفي؛ فمثلاً يساعدها على أن تتعرف على أفكارها المصاحبة لمشاعرها السلبية، وأن تقيم وتصوغ استجابات أكثر تكيفًا لأفكارها. وبذلك يتحسن لديها إحساسها بمشاعرها، وغالبًا ما تؤدى إلى التصرف بطريقة أكثر إيجابية.

المبدأ رقم (٢):

يتطلب العلاج النفسى تحالفًا علاجيًا سليمًا، وبالنسبة إلى سالى - مثل كثير من المرضى المصابين باكتئاب بسيط مع قلق - لا تجد صعوبة كبيرة فى أن تثق أو أن تعمل مع معالجها الذى يظهر كل المقومات الأساسية اللازمة للمواقف العلاجية مثل الدفء والمواجدة[١] والرعاية والاحترام الحقيقى والكفاءة .ويعبر المعالج عن احترامه لمشاعر سالى بترديد عبارات تعاطفية والاستماع بعناية وانتباه، ويلخص مشاعرها وأفكارها بدقة، ويكون متفائلاً بواقعية، وكذلك يسأل سالى فى نهاية كل جلسة عن انطباعها أو رد فعلها ليتأكد أنها قد فهمت جيدًا، وأن مشاعرها إيجابية تجاه الجلسات. وبالنسبة إلى المرضى الآخرين، وخصوصًا الذين يعانون من اضطرابات الشخصية، يتطلب الأمر تشديدًا أكثر بكثير على العلاقة العلاجية من أجل إقامة تحالف علاجى جيد. (Beck et al, 1990) (Young,1990) وإذا تطلبت حالة سالى ذلك؛ فلقد كان على المعالج أن يقضى وقتًا أطول فى بناء ذلك التحالف بأساليب متنوعة، ومنها على سبيل المثال أن يطلب من سالى بطريقة دورية التعرف على مشاعرها نحوه وتقييمها.

---

(١) المواجدة: ترجمة للكلمة الإنجليزية empathy التى تعنى حرفيًا الدخول إلى عالم الخبرة الداخلية العميقة لشخص آخر. والوجود هو أدق ترجمة للكلمة اليونانية الأصلية Pathos والمواجدة على وزن مفاعلة. (المراجع)

المبدأ رقم (٣):

يؤكد العلاج المعرفى التعاون والمشاركة الفعالة.

إن معالج سالى يشجعها على أن ترى العلاج على أنه عمل جماعى؛ فعليهما أن يقررا معًا أشياء كثيرة، مثل: ماذا عليهما أن يناقشا فى كل جلسة، وكم عدد المرات التى عليهما أن يتقابلا فيها، وماذا على سالى أن تعمل بين الجلسات كواجب منزلى. وفى البداية يكون للمعالج دور أكبر فى اقتراح التوجيهات للجلسات العلاجية وتلخيص ما تم مناقشته خلال الجلسات. وحين تصبح سالى أقل اكتئابًا وأكثر تعودًا على العلاج يساعدها على أن تكون أكثر فعالية فى الجلسات، مقررة أى المواضيع التى تريد مناقشتها، متعرفة على التشوهات الكائنة فى تفكيرها، ملخصة للنقاط المهمة، وتكون مصممة لمهمات الواجب المنزلى.

المبدأ رقم (٤):

إن العلاج المعرفى هو علاج ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما.

يطلب المعالج من سالى فى الجلسة الأولى أن تعدد مشاكلها، وأن تضع أهدافًا معينة لعملية العلاج. فهناك – على سبيل المثال– مشكلة أولية، وهى شعورها بالعزلة، وبتوجيهات المعالج تقرر سالى هدفًا واضحًا فى عبارات سلوكية، وهو إقامة صداقات جديدة، وأن تصبح أكثر حميمية مع الأصدقاء الحاليين. ويساعدها المعالج على تقييم الأفكار التى تعطل هذا الهدف والاستجابة لها مثل (أنا ما عنديش حاجة أقدمها أكثر من كده) (يمكن هم مش عايزين يبقوا معايا). فهو أولاً يساعدها على تقييم مصداقية هذه الأفكار فى المكتب عن طريق البحث عن دليل على صحتها، ثم تصبح سالى مستعدة لاختبار هذه الأفكار بطريقة مباشرة من خلال التجارب التى تبادر فيها بالخطط مع معارف وأصدقاء. وعندما تتعرف على التشوش فى أفكارها ومحاولة تصحيحه تصبح سالى قادرة على الاستفادة من الحل المباشر للمشاكل لكى تحسن علاقاتها. وهكذا يوجه المعالج اهتمامًا خاصًا للعقبات

التى تعيق سالى فى حل مشاكلها والتوصل إلى أهـدافها بمفردهـا. وكثيـر مـن المرضى الذين كانوا يحققون تكيفًا جيدًا قبل بداية مرضهم لا يحتاجون إلى تدريب مباشر لحل مشاكلهم. وبدلاً من ذلك يستفيدون من تقييم أفكارهم السلبية أو المعطلة، والتى تعطل استخدامهم لمهاراتهم المكتسبة سابقًا، ولكن مرضى آخرين يعانون من ضعف فى مهارة حل المشاكل يحتاجون إلى تعليمات مباشرة لكى يتعلمـوا هـذه الاستراتيجيات. ولذلك فعلى المعالج أن يكون مفهومـًا وواضـحًا فـى عـرض صعوبات المريضة الخاصة، ويقرر المستوى المناسب للتدخل.

المبدأ رقم (٥):

يركز العلاج المعرفى على الحاضر.

إن علاج كثير من المرضى يتضمن تركيزًا قويًا على المشاكل الحاليـة، وعلى المواقف التى تؤلمهم؛ فالتقييم الواقعى للمواقف المؤلمة الحالية والعمل علـى حلها سوف يؤدى إلى تحسن فى الأعراض. ولذلك يميل المعالج المعرفى بصـفة عامة إلى بدء العلاج بفحص المشاكل الحاليـة بغـض النظـر عـن التشـخيص الإكلينيكى. ويتحول التركيز على الماضى فى حالات ثلاث: حينما يعبر المـريض عن نزوع شديد لذلك، وحينما لا يعطى التركيز على المشـاكل الحاليـة النتيجـة المطلوبة من حيث تغيير المشاعر أو السلوك، أو حينما يرى المعالج أنه من المهـم فهم كيفية نشوء الأفكار السلبية والمعطلة، وكيف أن هذه الأفكار تؤثر فى المريض حاليًا. فمعالج سالى – على سبيل المثال – يناقش معها أحداث الطفولة فى منتصف العلاج ليساعدها على التعرف على مجموعة من الاعتقادات التى ترسـخت لـديها منذ طفولتها (إذا أنا حققت نجاحًا عاليًا، معنى ذلك إنى شخص طبيعى أو معقـول، وإذا لم أحقق نجاحًا عاليًا، معنى ذلك إنى فاشلة). وهنا يساعدها المعالج على تقييم مصداقية هذه المعتقدات سواء فى الماضى أو فى الوقت الحاضر. وهكـذا يسـاعد سالى – جزئيًا – على تنمية معتقدات أكثر فاعلية، وأكثر معقولية. ولكن إن كانـت

سالى تعانى من اضطرابات فى الشخصية، فسوف يضطر المعالج إلى بذل مزيد من الوقت فى استقصاء تاريخها التطورى والأصل الطفولى لمعتقداتها والسلوك المصاحب لهذه المعتقدات.

المبدأ رقم (٦):

إن العلاج المعرفى هو علاج تعليمى فى الأساس، ويهدف إلى تعليم المريضة كيف تكون معالجة لنفسها، ويركز على تجنب الانتكاسات .ففى جلستها الأولى يعلم المعالج سالى طبيعة ومسار مرضها وعملية العلاج المعرفي، وعن النموذج المعرفى (أى كيف تؤثر أفكارها فى مشاعرها وسلوكها)، وأنه ليس فقط يعلمها كيف تحدد أهدافها وكيف تتعرف وتمتحن أفكارها ومعتقداتها، وأن تخطط لتغيير سلوكها، ولكنه أيضا يعلمها كيف تفعل ذلك؛ فهو يشجعها فى كل جلسة أن تسجل (كتابةً) الأفكار المهمة التى تعلمتها، وبذلك يمكنها الاستفادة من فهمها الجديد فى الأسابيع التالية، وكذلك بعد نهاية علاجها.

المبدأ رقم (٧):

يهدف العلاج المعرفى أن يكون محددًا بزمن.

وأغلب المرضى ذوو الاكتئاب البسيط الواضح أو القلق النفسى يتطلب علاجهم من أربع إلى أربع عشرة جلسة.

ومعالج سالى له نفس الأهداف بالنسبة إليها وبالنسبة إلى كل مرضاه، وهى أن يحقق التخلص من الأعراض، وتسهيل عملية الشفاء من المرض، ومساعدتها على حل أكثر مشاكلها إلحاحًا، وتعليمها الأدوات التى تستطيع بها تجنب الانتكاسة. وتتطلب حالة سالى جلسة واحدة أسبوعيًا (أما فى حالة إذا كان اكتئابها أكثر شدة أو لديها ميول انتحارية، يمكنها ترتيب أكثر من جلسة كل أسبوع). وبعد مضى شهرين يقرران معًا أن يجربا جلسات نصف شهرية، ثم

شهرية وحتى بعد نهاية العلاج يخططان لجلسات تعزيزية كل ثلاثة أشهر لمدة عام.

وقد لا يحرز كل المرضى تقدمًا كافيًا فى شهور قليلة؛ فقد يحتاج بعض المرضى إلى عام أو عامين (أوربما أكثر) لتطويع معتقدات سلبية جامدة وأنماط من السلوك قد أسهمت فى محنتهم المزمنة.

المبدأ رقم (٨):

إن جلسات العلاج المعرفى مقننة.

فأيًا كان التشخيص أو المرحلة العلاجية يميل المعالج المعرفى إلى الالتزام ببنية ثابتة فى كل جلسة؛ فيسأل المعالج سالى عن مزاجها، ويراجع معها بسرعة ما مرَّ فى الأسبوع الفائت، ويعمل معها على إعداد أجندة الجلسة، ويستنبط المردود Feedback من الجلسات السابقة، ويراجع الواجب المنزلى، ويناقش بنود الأجندة، ويعد واجبًا منزليًا جديدًا، وعليه باستمرار أن يلخص ما دار فى الجلسات، ويستعلم عن المردود فى نهاية كل جلسة، ويظل هذا البنيان ثابتًا طوال فترة العلاج. وكلما تحسنت حالة سالى يشجعها المعالج على أن تتولى هى إعداد الأجندة، وإعداد الواجب المنزلى، وتقييم أفكارها، وكيفية الاستجابة لها. وباتباع شكل محدد تكون عملية العلاج مفهومة لكل من سالى والمعالج، ويزيد من إمكانية أن تصبح سالى قادرة على علاج نفسها بنفسها بعد نهاية العلاج. وهذا الشكل المحدد يركز على ما هو مهم بالنسبة إلى سالى، ويحقق أقصى حد من الاستفادة من وقت العلاج.

المبدأ رقم (٩):

يُعلِّم العلاج المعرفى المرضى كيف يتعرفون ويقيّمون ويستجيبون لأفكارهم ومعتقداتهم السلبية أو المعطلة. والمقتطف الذى قدم فى بداية هذا الفصل يوضح كيف أن معالج سالى يساعدها فى التركيز على مشكلة معينة (البحث عن

عمل مؤقت) والتعرف على أفكارها المعطلة (بسؤالها عما يدور فى رأسها) وتقييم مصداقية أفكارها (بالسؤال عن الأدلة التى تدعم فكرتها والأدلة التـــى تدحضــــها) وكيفية إعداد خطة عمل. وهو يفعل ذلك من خلال أسئلة سقراطية لطيفـــة تـــدعم إحساس سالى بأنه فعلا مهتم بالتجريب التضـــافري (Collaborative Empiricism) الذى يساعدها على التعرف على دقة وجـــدوى أفكارهـــا عـــن طريـــق مراجعـــة المعطيات (بدلاً من تحديها أو حثها على تبنى أفكاره)، وفى جلسات أخرى يستعمل الاكتشاف الموجه (Guided Discovery)، وهى عملية يقوم فيها المعالج بالاستفسار المستمر عن معانى أفكارها لكى يكشف عن المعتقدات التحتية التى تتمسك بها تجاه نفسها والعالم والناس الآخرين ومن خلال الأسئلة يستطيع أيضًا أن يرشـــدها إلـــى تقييم مصداقية وفاعلية معتقداتها.

المبدأ رقم (١٠):

يستخدم العلاج تقنيات وطرقًا مختلفـــة لكـــى يغيـــر التفكيـــر والمـــزاج والسلوك.

على الرغم من أن الاستراتيجيات المعرفيـــة مثـــل الأســـئلة الســـقراطية والاكتشاف الموجه هى أساسية فى العلاج المعرفى فإنه يمكن استخدام تقنيات مـــن اتجاهات علاجية أخرى (مثل العلاج السلوكى والعلاج الجشـــطالتى فـــى الإطـــار المعرفى). وهنا يختار المعالج تقنيات مبنية على صياغته للحالة وطبقًا لأهدافه فى جلسات معينة.

وتنطبق هذه المبادئ الأساسية على كل الحالات، ولكن العلاج على الرغم من ذلك قد يختلف – إلى حد بعيد – من مريض إلى آخر، وذلك نظرًا إلى طبيعـــة مشكلاتها وأهدافها وقدرتها على تكوين علاقة علاجية قويـــة ودوافعهـــا للتغييـــر، وتجاربها السابقة مع العلاج، وكذلك تفضيلها لطريقة العلاج. إن التركيز فى العلاج يراعى خصوصية المرض الذى يعانى منه المريض؛ فـــالعلاج المعرفـــى للقلـــق

النفسى العام يركز على إعادة تقدير الخطر فى مواقف معينة وإمكانيات الشخص على التعامل مع التهديد (Beck & Emery,1985). وعلاج حالات الهلع (Panic Disorder) يتضمن اختبار التأويل الكارثى الخاطئ لدى المرضى للأحاسيس الجسمية أو العقلية (غالبًا ما يكون توقعًا لخطر يهدد الحياة أو سلامة العقل) (Clark،1989). وعلاج فقدان الشهية العصبي Anorexia يهتم بالقيمة الشخصية للمريضة والتحكم فى الذات (Garner&Bemis،1985). ويركز علاج الإدمان وسوء استخدام العقاقير المخدرة drug abuse على المعتقدات السلبية المتعلقة بالذات والمتعلقة بالتسهيل أو السماح لنفسه بتناول العقاقير وتغيير أفكار معينة عن هذه العقاقير (Beck،Wright،1993، Newman & Liese)، ويوجد وصف مختصر لهذه الاضطرابات واضطرابات أخرى فى الفصل السادس عشر.

تطور المعالج المعرفى:

يبدو العلاج المعرفى لبعض المبتدئين بسيطًا بطريقة خادعة؛ فالنموذج المعرفى (أى أن أفكار الشخص تؤثر فى مشاعره وسلوكياته) يبدو واضحًا وبسيطًا. والمعالج المحترف يستطيع إنجاز مهام كثيرة فى آن واحد مثل صياغة الحالة (أو وضع نظرية منهجية) وإقامة علاقة علاجية وتأهيل وتعليم المريضة للعلاج المعرفى والتعرف على المشاكل وجمع المعلومات واختيار النظرية والتلخيص.

وأما المعالج المبتدئ - على عكس ذلك- فعليه أن يكون أكثر تأنيًا ومنهجية وتركيزًا على عنصر واحد فى وقته. وعلى الرغم من أن الغاية النهائية هى مزج كل العناصر وإدارة العلاج بكل الكفاءة والكفاية الممكنة، فإن المعالج المبتدئ عليه أن يتعلم جيدًا تقنيات العلاج المعرفي، والتى تنفذ بطريقة مباشرة ومستقيمة. وتنمية الاحتراف كمعالج معرفى يمكن أن ينظر إليها فى ثلاث مراحل

(هذه الأوصاف تفترض مسبقًا براعة المعالج فى إظهار المواجدة والاهتمام والكفاءة لمرضاه).

ففى المرحلة الأولى: يتعلم المعالجون كيف ينظمون أو يبنون الجلسات، وكيف يستخدمون التقنيات الأساسية فى وضع مفهوم عن الحالة فى مصطلحات معرفية مبنية أساسًا على تقييم الحدس والمعلومات المستمدة من الجلسات.

وفى المرحلة الثانية: يبدأ المعالجون فى إدماج مفهومهم عن الحالات مع المعارف التكنيكية، ويعملون على تقوية قدراتهم لفهم سير العلاج، ويصبحون أكثر قدرة على التعرف بسهولة على الأهداف الدقيقة للعلاج. ويصبح المعالجون أكثر مهارة فى تكوين المفهوم عن المرض والمرضى وتنقيح تلك المفاهيم فى أثناء فترة العلاج نفسها واستخدامها فى اتخاذ القرارات المناسبة للتدخل العلاجى، ويتوسع المعالجون فى الأداء التكنيكى، ويصبحون أكثر خبرة فى اختيار التوقيت والتزود بالأدوات التكنيكية المناسبة.

وفى المرحلة الثالثة: يدمج المعالجون تلقائيًا المعلومات الجديدة إلى مفهومهم الأولىٍّ. وينقحون قدراتهم على عمل فرضية لتؤكد أو تنفى نظرتهم للمرضى. ويمكنهم حينئذ إجراء التغيير المناسب فى شكل أو قوام الجلسات، وخصوصًا مع الحالات الصعبة مثل حالات اضطرابات الشخصية.

كيف يستخدم هذا الكتاب؟

لقد صُمِّم هذا الكتاب من أجل أفراد فى مراحل مختلفة من حيث الخبرة والمهارة، والذين يفتقرون إلى المهارات الأساسية فى المفهوم والعلاج المعرفي. وإنه لمن الضرورى أن نتعلم جيدًا العناصر الأساسية للعلاج المعرفى حتى نتمكن من فهم كيف ومتى نعدل من شكل ونمط العلاج لكل مريض على حده.

إن نموك كمعالج معرفى سوف يتعزز إذا بدأت بتطبيق الوسائل الموصوفة فى هذا الكتاب على نفسك أولاً، وبينما أنت تقرأ ابدأ بتكوين مفهوم عن أفكارك ومعتقداتك، وفى الفصل القادم سوف تتعلم أكثر عن النموذج المعرفي.

أى كيف أن مشاعرك العاطفية تكون متأثرة بكيفية إدراكك لموقف معين، وخصوصًا بما يدور فى رأسك. ولنبدأ الآن بالانتباه لتحولاتك الشعورية حينما تلاحظ أن مزاجك بدأ يتغير أو يشتد فى الاتجاه السلبى أو حينما تشعر بأحاسيس جسمانية مرتبطة بتلك المشاعر السلبية اسأل نفسك، ما المشاعر التى تنتابك الآن؟ وكذلك السؤال الأساسى والرئيسى فى العلاج المعرفى:

ما الذى يدور الآن فى ذهنى؟

بهذه الطريقة تعلم نفسك كيفية التعرف على أفكارك، وخصوصًا أفكارك التلقائية التى سوف تفسر بصورة أشمل فى الفصل القادم. وبتعليم نفسك المهارات الأساسية للعلاج المعرفى مستخدمًا نفسك كموضوع سوف يعزز قدراتك على تعليم مرضاك المهارات نفسها.

وإنه لمن الأهمية بمكان أن تتعرف على أفكارك التلقائية (Automatic Thoughts) بينما تقرأ هذا الكتاب وفى أثناء محاولاتك العلاجية مع مرضاك. فإذا شعرت مثلاً أنك متضايق قليلاً اسأل نفسك: ما الذى يدور فى ذهنى الآن؟ ويمكن أن نكشف بعض الأفكار التلقائية مثل:

هذا صعب جدا قد لا أكون قادرًا على تعلم ذلك جيدًا "لا يبدو ذلك مريحًا لي" ماذا لو جربت ولم ينفع؟

والمعالج المحترف الذى لم يكن العلاج المعرفى من توجهاته الأولية قد يكون واعيًا لمجموعة أخرى من الأفكار التلقائية.

"هذا لا يغير"
"المريض لن يحب ذلك"
"إنه سطحى جدًا، وغير تعاطفى وبسيط للغاية"

وبكشف أفكارك، يمكنك تدوينها ثم أعد تركيزك فى القراءة أو تحول إلى الفصل الثامن والتاسع اللذين يخبرانك عن كيفية تقييم وكيفية الاستجابة لتلك الأفكار التلقائية.

وبتسليط الضوء على أفكارك التلقائية، لن تتمكن فقط من تعزيز مهاراتك العلاجية، بل سيمكنك أيضًا أن تعدل من أفكارك المعطلة، والتى تؤثر على مزاجك (وسلوكك)، وتجعل نفسك أكثر قدرة على التعلم.

إن تشابهًا شائعًا يستخدم مع المرضى، ينطبق أيضًا على المعالج المعرفى المبتدئ، وهو أن تتعلم مهارات العلاج المعرفى مثل تعلم أى مهارات أخرى. هل تذكر أول مرة تعلمت فيها القيادة أو الطباعة أو استخدام الكمبيوتر؟

فى البداية شعرت أنك متعثر ومرتبك، ألم تكن تبذل كثيرًا من الاهتمام للتفاصيل الصغيرة والحركات التى تفعلها الآن بطريقة تلقائية؟

هل شعرت مطلقًا بفقدان الحماس؟

ومع تقدمك ألم تشعر بأن العملية أصبحت سهلة، وأنك تشعر بالارتياح؟

ألم تصبح ماهرًا بالقدر الكافى بحيث أصبحت تمارس هذه العمليات بسهولة أكثر وثقة؟

إن معظم الناس قد مروا بهذه التجربة فى تعلمهم لمهارة معينة أصبحوا الآن يجيدونها.

إن عملية التعلم هذه هى نفسها ما ينطبق على المعالج المعرفى المبتدئ، وبينما تريد أن تتعلم من أجل مرضاك اجعل أهدافك صغيرة، ومحددة وواقعية، افخر بنفسك إذا حصلت على نتائج صغيرة، قارن بين تقدمك وبيِّن مستوى قدراتك حينما بدأت فى قراءة هذا الكتاب أو عندما بدأت فى تعلم العلاج المعرفي.

كن واعيًا لكى تستجيب لأفكار السلبية فى الأوقات التى تقارن نفسك فيها ظلمًا بمعالج معرفى محترف أو التى تخسف قدر نفسك فيها حينما تقارن بين قدراتك الحالية وغاياتك البعيدة فى أن تصبح معالجًا محترفًا.

وأخيرًا، فإن فصول هذا الكتاب قد صممت لكى تقرأ بالترتيب الوارد، وربما كان القراء متلهفين إلى تخطى فصول المقدمة لكى يقفزوا إلى الفصول التى تناقش التكنيك والعلاج، لكنك مطالب بإلحاح أن تقرأ الفصل القادم عن "تكوين المفهوم" "Conceptualization" بعناية شديدة؛ حيث إن الفهم الجيد للشكل المعرفى هو الأساس الذى عليه نختار التكنيك اللازم بفاعلية. والفصول الثالث والرابع والخامس ترسم قوام الجلسات العلاجية، وأما الفصول من السادس إلى الحادى عشر فتشرح اللبنات الأساسية للعلاج المعرفى مثل التعرف على الأفكار التلقائية والمعتقدات والاستجابة التكيفية لهذه الأفكار والمعتقدات. وأما فى الفصل الثانى عشر فهناك وسائل علاجية معرفية إضافية، وسوف يناقش التخيل فى الفصل الثالث عشر، وأما الفصل الرابع عشر فيناقش الواجب المنزلى، ويرسم الفصل الخامس عشر الخطوط العريضة للموضوعات المتعلقة بإنهاء العلاج ومنع الانتكاسة، وكل هذه الفصول تضع الأساس للفصلين السادس عشر والسابع عشر المتعلقين بالتخطيط العلاجى وتشخيص المشكلة، وأخيرًا يقدم الفصل الثامن عشر إرشادات نحو النمو كمعالج معرفى.

الفصل الثانى

التصور المعرفى

إن تكوين المفهوم أو التصور المعرفى Cognitive Conceptualization هو الإطار الأساسى لفهم المعالج لمريض ما؛ فهو يسأل نفسه الأسئلة التالية لكى يبدأ عملية صياغة (وضع نظرية) لحالة ما.

ما تشخيص المريضة؟

ما مشاكلها الحالية؟ وكيف بدأت هذه المشاكل وعوامل استمرارها؟

ما الأفكار المعطلة والمعتقدات المتعلقة بهذه المشاكل؟ وما التفاعلات (العاطفية – الفسيولوجية – السلوكية) المرتبطة بأفكارها؟

ثم يضع المعالج فرضيته عن كيف أصيبت هذه المريضة بهذا الاضطراب النفسي.

- ما التجارب والتعليم المبكر (وربما العوامل الوراثية) التى أثرت فى مشاكلها الحالية؟
- ما معتقداتها التحتية (ويشمل ذلك الاتجاهات أو المواقف والتجارب، وقيمها الأخلاقية؟
- كيف تغلبت على معتقداتها المعطلة؟ ما الآليات المعرفية والعاطفية والسلوكية والجسمانية الإيجابية والسلبية التى تكونت لديها لتتغلب على هذه المعتقدات المعطلة؟ كيف كانت ترى نفسها؟ وكيف تراها الآن؟ وكيف ترى الآخرين وعالمها الشخصى ومستقبلها؟
- ما الضغوط التى أسهمت فى مشكلاتها النفسية أو التى أثرت فى قدرتها على حل هذه المشكلات؟

ثم يبدأ المعالج فى بناء المفهوم المعرفى خلال اللقاء الأول مع المريضة، ويستمر فى تنقيح هذا المفهوم على مدار الجلسات وحتى آخر جلسة.

إن هذا المفهوم يساعد على وضع خطة علاجية فعالة ومؤثرة (Person,1989) وفى هذا الفصل سوف يناقش النموذج المعرفى، وهو الأساس النظرى للعلاج المعرفى، وكذلك سوف نناقش العلاقة بين الأفكار والمعتقدات، وسوف نقدم حالة "سالى" كمثال طوال هذا الكتاب.

النموذج المعرفى:

يقوم العلاج المعرفى أساسا على النموذج المعرفي، والذى يفترض أن مشاعر الناس وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث. إنه ليس موقفاً بذاته هو الذى يحدد كيف يشعر الناس، ولكنها الطريقة التى يفسرون بها ذلك الموقف (Beck,1964; Ellis,1962). تخيل مثلاً مجموعة من الناس يقرءون كتابًا عن العلاج المعرفي، سوف تجد اختلافات عاطفية كثيرة فى الاستجابة لهذا الموقف معتمدين على ما يجرى فى أدمغتهم بينما هم يقرءون.

- القارئ "أ" يفكر كالتالى "نعم، هذا حقًا كتاب ذو معنى، أخيرًا وجدت كتابًا ليعلمنى كيف أكون معالجًا جيدًا".. وهنا يشعر القارئ "أ" بأنه منتعش.

- القارئ "ب" من ناحية أخرى يفكر هكذا "هذه المادة سطحية ومبسطة جدًا، لا أعتقد أنها تجدى"، ويشعر بالإحباط.

- القارئ "ج" لديه الأفكار التالية "لم أكن أتوقع أن يكون هذا الكتاب هكذا، يا خسارة أموالى"، ويشعر القارئ "ج" بالقرف.

- القارئ "د" "أنا فعلاً محتاج أن أقرأ كل هذا الكتاب، لكن ماذا إن لم أستطع فهمه جيدا؟ أو ماذا إن لم أجيده؟"، ويشعر بالقلق.

- القارئ "هـ" لديه أفكار أخرى "إنه صعب جدًا، أنا غبي، لا يمكن أن أفهم ذلك

لا يمكن استخدامه كمعالج". ويشعر القارئ" هـ "بالحزن.

وهكذا ترتبط مشاعر الناس بالطريقة التى يفكرون ويفسرون بها المواقف. إن الموقف نفسه لا يحدد كيف يشعرون، ولكن استجابتهم الشعورية تتحدد بإدراكهم للموقف.

ويهتم المعالج المعرفى على وجه الخصوص بمستوى التفكير الذى يعمل فى اللحظة نفسها مع المستوى السطحى الظاهر. فعلى سبيل المثال، بينما تقرأ هذا الكتاب يمكنك أن تلاحظ عددًا من مستويات التفكير لديك؛ فجزء من مخك يركز على المعلومات التى فى الكتاب، بمعنى أنك تحاول أن تفهم وتدمج بعض المعلومات الحقيقية.

وعلى مستوى آخر ربما تكون لديك بعض الأفكار السريعة عن تقييمك للكتاب، هذه الأفكار تسمى "الأفكار التلقائية" ولا ينتج عن نية أو قصد، ولكنها تنبثق تلقائيًا، وغالبًا ما تكون سريعة ومختصرة، ويمكنك أن تنتبه لها بصعوبة، ولكن تنتبه أكثر للمشاعر المصاحبة لها. وكنتيجة لذلك فأنت تتقبل أفكارك التلقائية بلا نقد أو تمحيص، ويمكنك أن تتعلم كيف تتعرف على أفكارك التلقائية. إذا انتبهت لأى تحول فى مشاعرك، فحينما تلاحظ أنك متضايق قليلاً، اسأل نفسك، ما الذى كان يدور فى رأسى منذ لحظات؟

وحينما تصبح قادرًا على التعرف على أفكارك التلقائية، فإنه يمكنك، وربما قد قيمت فعلاً مصداقية هذه الأفكار، وإذا وجدت أن تفسيراتك للأمور خاطئة واستطعت تصليحها فربما تكتشف أن مزاجك قد تحسن.

ولكى نضع ذلك فى صيغة مصطلحات معرفية نقول: حينما تصبح الأفكار المعطلة قابلة للتعديل المنطقى، يتحسن الفرد من الناحية المزاجية، وسوف يناقش الفصل الثامن إرشادات خاصة عن كيفية تقييم الأفكار التلقائية.

ولكن من أين تنبثق الأفكار التلقائية؟

ما الذى يجعل شخصًا ما يفسر موقفًا ما بصورة مختلفة عن شخص آخر؟

ما الذى يجعل نفس الشخص يفسر حدثين متشابهين تمامًا بطريقة مختلفة فى أوقات مختلفة؟

إن للإجابة علاقة بظاهرة معرفية أكثر عمقًا وهى "المعتقدات".

المعتقدات:

بداية من الطفولة تتكون لدى الناس معتقدات عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم، وأن أكثر المعتقدات عمقًا هى مفاهيم أساسية وراسخة وعميقة بحيث إنهم غالبًا لا يعبرون عنها فى كلمات حتى لأنفسهم. إن هذه الأفكار ينظر إليها من شخص كحقيقة مطلقة كما هى؛ فعلى سبيل المثال فى حالة القارئ "هـ" الذى يعتقد أنه بليد ولا يستطيع فهم الكتاب يمكن أن يكون لديه الاعتقاد الجوهرى "أنا عاجز"، وهذا الاعتقاد ممكن أن يعمل فقط حينما يكون الشخص فى حالة مزاجية كئيبة أو يمكن أن يكون ناشطًا طول الوقت. وحينما ينشط هذا الاعتقاد فإن القارئ "هـ" يقرأ الكتاب بعدسات هذا الاعتقاد. وحتى لو كان التفسير من ناحية المنطق خاطئًا تمامًا، فإن القارئ "هـ" مع ذلك يميل إلى التركيز على المعلومات التى تؤكد اعتقاده، متجاهلاً أو ساقطًا من حساباته المعلومات التى تثبت العكس، وبهذه الطريقة يظل محافظًا على اعتقاده حتى ولو كان غير صحيح ومعطلاً. فلا يفكر القارئ "هـ" مثلاً أن الناس الأذكياء والقادرين قد لا يفهمون مواد الكتاب جيدًا فى قراءتهم الأولى أو يكون قد وضع فى اعتباره إمكانية أن المؤلف لم يعرض المادة بصورة جيدة. إنه لا يعرف مثلاً أن صعوبة الفهم لديه ناتجة عن عدم التركيز وليس عن ضعف فى الذكاء. لقد نسى أنه غالبًا كان يعانى من صعوبات حينما يواجه كمًا من المعلومات الجديدة، ولكنه استطاع أن يسلك مسلكًا ممتازًا فى فهم الموضوع كلما تقدم فى القراءة. ولأن إحساسه بالعجز قد نشط فهو يفسر الموقف تلقائيًا بطريقة سلبية مليئة بالنقد الذاتى.

إن المعتقدات الجوهرية (Core Beliefs) هى المستوى الأساسى من المعتقدات؛ فهى كلية وجامدة ومعممة بطريقة شديدة. أما الأفكار التلقائية؛ أى الكلمات الواقعية أو الأخيلة التى تدور فى عقل الشخص هى دائمًا متعلقة بالمواقف، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية.

والجزء التالى سوف يصف مجموعة من المعتقدات الوسطية التى تقع بين الاثنين: المواقف والقواعد والاتجاهات.

إن المعتقدات الجوهرية تؤثر فى الطبقة الوسطى من المعتقدات التى تتكون من مواقف أو اتجاهات أو قواعد و(غالبًا ما تكون غير لفظية).

وللتوضيح فإن القارئ "هـ" - على سبيل المثال - كانت لديه هذه المعتقدات الوسطى:

الموقف أو الاتجاه: إنه لفظيع أن أكون غير كفء.

القاعدة / التوقع: لابد أن أعمل بأقصى ما يمكن طول الوقت.

الافتراض: إذا عملت بأقصى ما يمكن، فإنه يمكننى أن أكون قادرًا على عمل شيء يمكن أن يعمله الآخرون بسهولة.

إن هذه المعتقدات تؤثر فى رؤيته للمواقف، والتى هى بالتالى تؤثر فى كيف يفكر، وكيف يشعر، وكيف يتصرف.

وأما العلاقة بين هذه المعتقدات الوسطية والمعتقدات الجوهرية والأفكار التلقائية فهى مرسومة كالتالى:

المعتقدات الجوهرية

↓

المعتقدات الوسطية

(القواعد – الاتجاهات – الافتراضات)

↓

الأفكار التلقائية

ولكن كيف تنشأ المعتقدات الجوهرية والوسطية؟

فالناس يحاولون أن يتفهموا ما يدور فى البيئة المحيطة بهم منذ مراحل نموهم المبكرة. إنهم بحاجة إلى تنظيم تجاربهم بطريقة متماسكة حتى يستطيعوا التكيف معها (Rosen 1988)؛ فتفاعلهم مع العالم والناس يؤدى إلى نوع معين من الفهم والتعلم لمعتقداتهم التى يمكن أن تختلف فى دقتها وفاعليتها.

والذى يهم المعالج المعرفى هنا هى المعتقدات المعطلة أو السلبية، والتى يمكن طرحها جانبًا ليتعلم المرضى بدلاً منها معتقدات جديدة (لها أساس عندهم) أكثر فاعلية وقدرة على التكيف من خلال عملية العلاج.

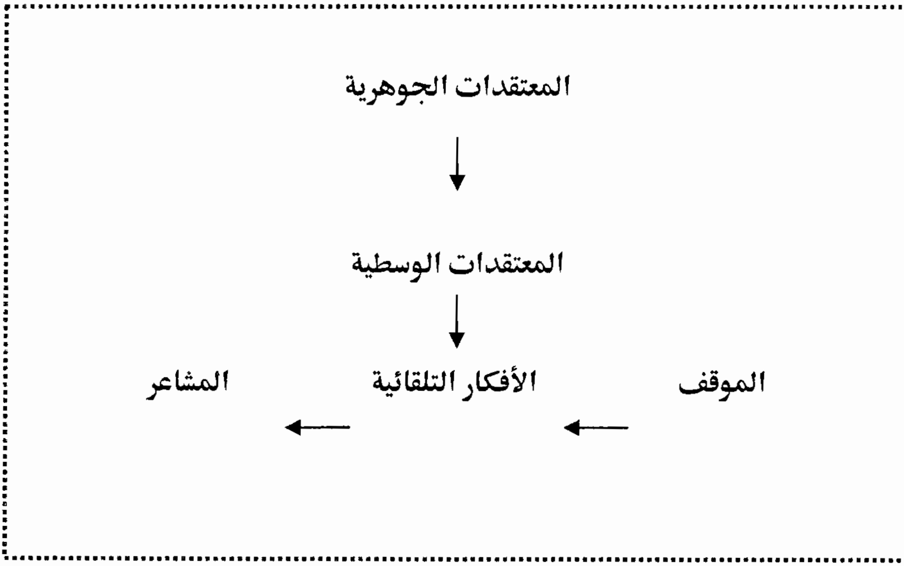
والسياق الطبيعى للعلاج المعرفى يشمل تركيزًا أوليًا على الأفكار التلقائية تلك الأقرب إلى الوعى؛ فيعلم المعالج المريضة القدرة على التعرف عليها وتقييمها وتعديلها من أجل التخلص من الأعراض ثم تأتى المعتقدات الوسطية التى تلى هذه الأفكار المعطلة، والتى تظهر فى أكثر من موقف لتصبح بؤرة العلاج.

إن المعتقدات الوسطية والجوهرية يمكن تقييمها بطرق مختلفة، ومن ثم تعدل استنتاجات المريض وطريقة إدراكه للأحداث. وهذا التعديل الأعمق

للمعتقدات الأساسية.يجعله أقل عرضـــة للانتكاســـات المرضـــية فـــى المســـتقبل (Evans et al, 1992; Hollon, De Rubeis, & Seligman, 1992).

العلاقة بين السلوك والأفكار التلقائية:

ويمكن أن يوضح النموذج المعرفى - كما تم شـــرحه - هـــذه النقطـــة، كالتالى:



ففى مواقف معينة تؤثر المعتقدات التحتية لشخص ما فى إدراكه، والتـــى يعبر عنها بالأفكار التلقائية المرتبطة بموقف معين، وهذه الأفكار بدورها تؤثر فى مشاعر الشخص. وإذا خطونا خطوة أكثر، فإن الأفكار التلقائية تؤثر كـــذلك فـــى السلوك، وغالبًا ما تؤدى إلى استجابة فسيولوجية كما هو مبين فى الشكل (٢-١).

فالقارئ الذى لديه الأفكار "هذا صعبٌ جدًا، لا يمكـــن أن أفهمـــه" يشـــعر بالحزن، ويشعر ببعض الثقل فى معدته، ويطوى الكتـــاب بـــالطبع. وبـــالطبع إذا استطاع أن يقيم أو يحكم على أفكاره فإنه يمكن لمشاعره وسلوكه وفسيولوجيته أن

تتغير بطريقة إيجابية، فربما يستجيب لأفكاره كالتالي: " انتظر لحظه.. إنه يمكن أن يكون صعب الفهم، ولكنه غير مستحيل، أنا كنت قادرًا على فهم هذا النوع من الكتب من قبل، وإذا ما ثابرت عليه فربما سوف أفهمه بطريقة أفضل.."؛ فإذا استجاب بهذه الطريقة، ربما قلل من الشعور بالحزن واستمر فى قراءة الكتاب.

ولكى نلخص ذلك نقول إن القارئ شعر بالحزن بسبب أفكار معينة، ولكن لماذا هذا القارئ بالذات لديه هذه الأفكار، بينما قارئ آخر لا يفكر بهذه الطريقة؟ .. إن معتقداتٍ جوهرية غير منطوقة عن عجزه قد أثرت فى إدراكه لهذا الموقف. وكما شرحنا فى بداية هذا الفصل، فإنه من اللازم للمعالج أن يكون لديه مفهوم أو رؤية عن صعوبات مريضته، ويضعها فى مصطلحات معرفية لكى يقرر كيف سيتقدم فى العلاج عندما يعمل بهدف معين سواء كانت الأفكار تلقائية أو المعتقدات أو السلوك، ثم يقرر ما الوسيلة أو الطريقة التى سوف يستخدمها، ثم كيف يحسن العلاقة العلاجية.

والأسئلة الأساسية التى على المعالج أن يطرحها على نفسه هى:

كيف انتهى الأمر بهذه المريضة إلى هنا؟

وما المعتقدات والأحداث الحياتية المهمة بالنسبة إليها (الحوادث، التجارب، التفاعلات)؟

وكيف تكيفت المريضة مع منعطفات الحياة هذه؟ وما أفكارها التلقائية؟ وما هى المعتقدات التى انبثقت عنها؟

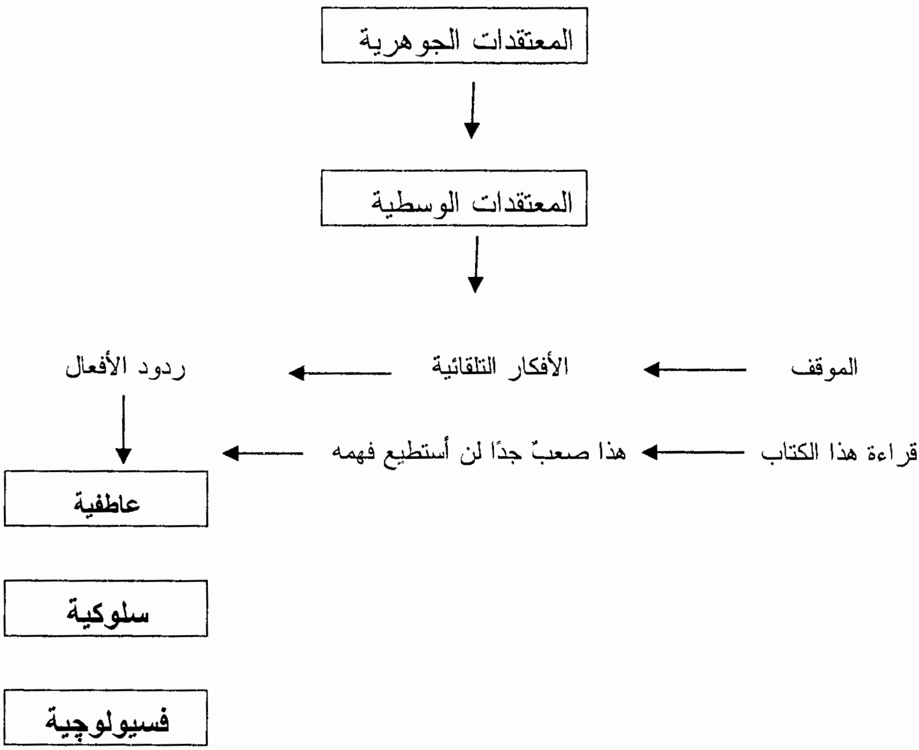
فإنه من المهم أن يضع المعالج نفسه دائمًا فى مكان المريضة حتى تحدث المواجدة مع ما تجتازه المريضة، ولكى يتفهم أحاسيسها جيدًا، ولكى يدرك العالم من خلال منظارها؛ فحينما يعرف تاريخها التطورى وإدراكها الحسى، فإن أفكارها ومشاعرها وسلوكها تكون مفهومه لديه.

وإنه لمن المفيد للمعالج أن ينظر إلى العلاج كرحلة، وأن ينظر إلى التكوين المفهوماتى عن المريضة كخريطة الطريق، فعليه أن يناقش مع مريضته أهداف العلاج والغاية النهائية، وأن هناك طرقًا كثيرة للوصول إلى هذه الغاية كالطرق الرئيسية أو الطرق الخلفية، وأحيانًا تغير الطرق الملتوية من الخريطة الأصلية.

وكلما أصبح المعالج أكثر خبرة وأكثر قدرة على تكوين المفهوم، فإنه يهتم بالتفاصيل المهمة من خريطة الطريق، وتتحسن قدرته وفاعليته فى العلاج. وفى البداية فإنه من المنطق أن نفترض أنه لن يستطيع إنجاز العلاج بالطريقة المثلى، إن القدرة الصحيحة على تكوين المفهوم يساعد تحديد أى الطرق الرئيسية عليه أن يسلكها فى رحلة العلاج.

وتكوين المفهوم يبدأ من المقابلة الأولى مع المريضة، وأنه ينقح عند كل لقاءٍ لاحق، فإن المعالج يفترض نظرية عن المريضة بناءً على المعلومات التى قدمتها، ثم تؤكد هذه الفرضية أو تنقض أو تعدل كلما وردت معلومات جديدة، من هنا يظهر أن التكوين المفهوماتى عملية مرنة، وأنه عند نقاط استراتيجية يعاود المعالج اختباره لنظريته وصياغته للمريضة. وعمومًا إذا كان التنظير صحيحًا، فإن المريضة تشعر بصحته، وإنها سوف توافق المعالج فى أن الفكرة التى كونها عنها تجد لديها صدًى.

شكل (٢-١) النموذج المعرفى



إغلاق الكتاب

حالة توضيحية

سالى فتاة عمرها ١٨ عامًا، طالبة فى السنة التمهيدية الجامعية، جاءت للعلاج من أجل الإحساس الدائم لديها بالحزن والقلق والوحدة. ولقد شخَّص الطبيب حالتها على أنها تعانى من نوبة اكتئاب جسيم متوسط الشدة، والتى بدأت عندها منذ بداية السنة الدراسية، أى منذ حوالى أربعة أشهر قبل اللجوء إلى العلاج.

ومعظم الأسئلة التى وجهها المعالج مقننة، ولكن أسئلة كثيرة أضيفت حتى

يتمكن المعالج والمريضة من تكوين مفهوم ما عن حالة سالى المعرفية. فعلى سبيل المثال:

سأل المعالج متى شعرت سالى عمومًا بأنها فى أسوأ حالاتها، فى أى المواقف وأى أوقات اليوم؟ وأجابت سالى أنها تشعر بأسوأ حالاتها فى وقت ما قبل النوم؛ أى حينما تحاول أن تنام، ثم يسأل المعالج السؤال الرئيسى:

"إيه اللى بيكون يدور فى دماغك فى اللحظة دى؟ يعنى إيه الأفكار والخيالات اللى فى راسك؟".

وهكذا، ومنذ البداية يحصل المعالج على عينة من الأفكار التلقائية المهمة لدى سالى، وقد أجابت سالى أنها فكرت بالطريقة الآتية:

"أنا مش ممكن حاأقدر أخلص أوراق المقرر ده"

"أنا ممكن أفشل السنة دي" "أنا عمرى ما حاأقدر أعمل حاجة من نفسي"...

وقد ذكرت سالى أيضًا بعض التخيلات التى مرت بخاطرها:

"شفت نفسى شايله شنطة سفر وتعبانه، ماشيه فى الشارع بدون هدف، محبطة، أبص على لا شيء".

وفى أثناء العلاج استطاع المعالج أن يكون رؤيته عن سالى، ورسم تخطيطًا توضيحيًا لرؤيته (انظر الفصل العاشر شكل ١٠-٢).

معتقدات سالى الجوهرية:

حاولت سالى منذ طفولتها أن تجد معنًى لنفسها وللعالم والآخرين، لقد فعلت ذلك من خلال التجارب التى مرت بها، ومن خلال تفاعلها مع الآخرين، ومن خلال الملاحظات المباشرة، ومن خلال الرسائل الظاهرة والخفية من الآخرين.

إن لها أخًا متفوق وناجح يكبرها سنًا، ومنذ طفولتها أدركت سالى أنها لا يمكن أن تعمل أى شيء بنفس الجودة التى يعمل بها أخوها، وبدأت تشعر- على الرغم من عِدم التصريح لفظيًا بذلك- أنها غير كفء، وأنها أقل من الآخرين. وكانت دائمًا ما تقارن نفسها بأخيها، وكانت المقارنة دائمًا فى غير صالحها، وكانت دائمًا لديها أفكار مثل: "أنا ما أعرفش أرسم كويس" "هو دائمًا يركب الدراجة أفضل مني "أنا مش ممكن هاكون قارئة جيدة زى أخويا".

وعادة لا يتبنى كل الأطفال الذين لديهم أشقاء أكبر منهم هذه الأفكار، ولكن سالى كانت تدعمها الأم، والتى كانت دائمة الانتقاد لها، مثل "إنتِ ما بتعرفيش حتى ترتبى حجرتك، هو إنتِ تعرفى تعملى حاجة صح؟" "أخوك جايب تقدير كويس، لكن إنتِ عمرك ما حتجيبى حاجة". وقد احتفظت سالى كبقية الأطفال بمخزون ضخم من كلمات والدتها معتقدةً أن أمها كانت محقة فى كل شيء تقريبًا، وهكذا عندما كانت تتهمها بعدم الكفاءة كانت تصدقها تمامًا.

وفى المدرسة أيضًا كانت سالى تقارن نفسها بأقرانها، وعلى الرغم من أنها كانت طالبة فوق المتوسطة؛ فإنها كانت تقارن نفسها بالطلبة المتفوقين، وكانت أيضًا خاسرة فى المقارنة، فكانت لديها أفكار مثل "لست جيدة مثلهم" "مش ممكن حاأفهم المواد دى زى ما هم بيفهموها". ومن ثم تدعمت لديها الفكرة التى توحى بأنها غير كفءٍ، وأنها أقل من الآخرين. وفى أحيان كثيرة كانت سالى تتجاهل أو تُسقط من حساباتها دلائل إيجابية تتعارض مع هذه الأفكار؛ فعندما كانت تحصل على علامات جيدة فى الامتحانات، كانت تقول فى نفسها "إن الامتحان كان سهلاً"، وحينما تعلمت الباليه وأصبحت من أحسن راقصات الباليه فى مدرستها، كانت دائمًا تقول لنفسها "بس مش أحسن من مدرستى" "مش ممكن حا أكون زيها"، وكانت دائمًا تجد تبريرات سلبية لتبرر عدم كفاءتها؛ فمثلاً حينما صرخت والدتها فيها عند حصولها على تقدير متوسط علقت قائلة "أمى صح أنا بليدة"، وكانت دائمًا تتذكر أحداثًا سلبية لتؤكد وجهة نظرها. وحينما كانت تحدث أحداثًا جيدة، مثل

حصولها على جائزة ما، كانت تقول "بس ده كان حظ".

ولقد أدت هذه العملية إلى ترسيخ معتقد جوهرى سلبى عن نفسها، ولكن معتقدات سالى السلبية ليست صلبة كالحجر تمامًا، فإن والدها الذى لم يكن موجودًا بجوارها كوالدتها، كان دائمًا يشجعها ويقف إلى جانبها. فعندما علمها أن تضرب كرة البيسبول على سبيل المثال، كان يمتدح محاولاتها "كويس خالص – برافو – تسديدة حلوة – استمرى"، وكذلك بعض مدرسى سالى قد امتدحوا مجهودها فى المدرسة. ولسالى أيضًا تجارب إيجابية مع الأصدقاء؛ إذ رأت أنها إذا حاولت بجدية فإنها تستطيع إنجاز أشياء أفضل من صديقاتها مثل كرة البيسبول على سبيل المثال. وهكذا تكون لدى سالى اعتقادٌ إيجابى مقابل بأنها كفء فى بعض المجالات.

ومعتقدات سالى الجوهرية الأخرى عن الناس وعن العالم المحيط بها، كانت إيجابية وفعالة فى أكثر الجوانب، لقد اعتقدت سالى فى أغلب الأحيان أن معظم الناس طيبون وودودون، ويمكن أن نثق بهم، وكانت ترى العالم مكانًا آمنًا ومستقرًا ويمكن التنبؤ بما يحدث فيه.

ومرة أخرى نذكر أن أفكار سالى الجوهرية عن نفسها وعن الناس وعن العالم، كانت أفكارها الأساسية، والتى لم تنطق بها أبدًا حتى حضرت للعلاج. وكفتاة يافعة، فإن أفكارها الجوهرية الإيجابية كانت هى الغالبة على حياتها حتى أصيبت بالاكتئاب، وهنا نشطت أفكارها ومعتقداتها الجوهرية السلبية.

الاتجاهات، والقواعد، والافتراضات لدى سالى:

إن معتقدات سالى الوسطية تكون إلى حد ما أكثر قابلية للتعديل من أفكارها الجوهرية ،و بما أن سالى حاولت أن تفهم نفسها وعالمها والناس المحيطين بها غالبًا من خلال التفاعل مع أسرتها والآخرين المحيطين، فإنها تبنت هذه الاتجاهات والقواعد "لابد أن أكون عظيمة فى كل شيء أحاوله"، "لابد أن أبذل

أقصى ما في وسعي"، "إنه من المرعب أن أفقد إمكانياتي".

وكما هو الحال فى اعتقاداتها الجوهرية، لم تنطق سالى قبل ذلك بتلك المعتقدات الوسطية، ولكن هذه المعتقدات على الرغم من ذلك قد أثرت فى أفكارها وسلوكها؛ ففى المرحلة الثانوية على سبيل المثال لم تحاول الاشتراك فى صحيفة المدرسة، على الرغم من حبها للصحافة؛ لأنها افترضت أنها لن تستطيع الكتابة جيدًا وكانت دائمًا ما تشعر بالقلق الشديد قبل الامتحانات؛ لأنها لا يمكن أن تحصل على درجات جيدة، وكانت تشعر دائمًا بالذنب؛ لأنها لم تستذكر دروسها بطريقة أفضل.

وحينما كانت تتغلب أفكارها الإيجابية كانت ترى نفسها على نحو أفضل، على الرغم من أنها لم تستطع الاعتقاد أبدًا بأنها كفء تمامًا، وأنها ليست أقل من الآخرين. لقد تكون لديها الافتراض "إذا عملت جيدًا، فسوف أتغلب على سلبياتى وأكون جيدة فى الدراسة". وحينما أصبحت مكتئبة لم تصدق سالى هذا الافتراض أكثر من ذلك وأبدلته بالاعتقاد "بسبب نواقصى لا يمكن أن أنجز شيئًا".

استراتيچيات سالى:

إن فكرة كونها غير كفء كانت دائمًا مؤلمة لسالى، ولجأت إلى استراتيجيات سلوكية معينة لتحمى نفسها من هذا الألم، وكما يمكن أن نكتشف من معتقداتها الوسطية، فلقد عملت سالى بقوة فى المدرسة وفى الألعاب الرياضية، لقد كانت سالى تعدُ واجباتها كما ينبغي، وكانت تذاكر دروسها بجدية من أجل الامتحانات، وكانت أكثر يقظةً لأى إشادة إلى عدم كفاءتها؛ فكانت تضاعف مجهودها إذا فشلت فى إجادة شيء فى المدرسة، وكانت نادرًا ما تطلب المساعدة من أحد مخافة أن يكتشف الآخرون ضعفها.

أفكار سالى التلقائية:

بينما لم تعبر سالى عن معتقداتها الجوهرية أو الوسطية (حتى وقت العلاج)، فإنها كانت إلى حدٍ ما واعية بأفكارها التلقائية فى مواقف معينة. ففى المدرسة الثانوية على سبيل المثال (قبل أن تصاب بالاكتئاب)، فإنها حاولت تجربة لعبة الهوكى والكرة الطائرة للبنات، وكونت فريق الكرة الطائرة، وفكرت كذلك "عظيم حاجيب بابا يلعب معايا"، وحينما فشلت فى الهوكى كانت محبطة، ولكنها لم تلم نفسها. وفى الكلية أصبحت سالى مكتئبة فى السنة الأولى، وبعد ذلك حينما فكرت فى أن تلعب مباراة غير رسمية لكرة المضرب (البيسبول) مع طلاب فى السكن الجامعي، أثر اكتئابها فى أفكارها "أنا مش كويسة / أنا محتمل ما أعرفش أضرب كرة واحدة "، وحينما حصلت على درجة (B) فى امتحان الأدب الإنجليزى فكرت كالتالى "أنا بليدة، أنا احتمال كبير أرسب السنة دي، أنا مش نافعة فى الكلية".

ولكى نلخص ما سبق، فإن سالى فى سنوات الدراسة الثانوية حينما لم تكن مكتئبة، كانت معتقدات سالى الجوهرية غير نشطة أو فاعلة، وكانت لديها أفكار إيجابية نسبيًا (وأكثر واقعية). وفى السنة التأسيسية الجامعية فى أثناء اكتئابها، تغلبت معتقداتها السلبية التى أدت إلى أن تفسر كل المواقف بطريقة سلبية، وأصبح لديها أفكار سلبية وأقل واقعية، وقد أدت هذه الأفكار المشوهة إلى أن تتصرف بطريقة محبطة للذات، مسلمة بذلك كل أسلحتها لتضع نفسها فى الأسفل.

المتتاليات التى أدت إلى اكتئاب سالى:

كيف أصبحت سالى مكتئبة؟

بالتأكيد ساعدت معتقداتها السلبية على جعلها عرضةً للاكتئاب؛ فحينما دخلت الجامعة كانت لديها تجارب كثيرة فسرتها بطريقة سلبية تمامًا؛ ففى الأسبوع الأول تعرضت للتجربة التالية: فى محادثة مع إحدى زميلاتها فى المرحلة

الأساسية تسكن معها فى نفس المبنى، علمت منها أنها قد أدت بعض المساقات التحضيرية، والتى أعفتها من مساقات أساسية عديدة فى السنة الأولى، ولما كانت سالى غير واعية لهذه المساقات بدأت تفكر كيف أن هؤلاء الطلاب أفضل منها كثيرًا، وفى دروس الاقتصاد قد حدد الأستاذ متطلبات المساق، ففكرت سالى فى الحال "مش حا أقدر أعمل الأبحاث دي"، ولما وجدت صعوبة فى فهم الفصل الأول من كتاب الإحصاء قالت فى نفسها "إذا ما كنتش قادرة أفهم الفصل الأول، يبقى حا أعمل إيه فى بقية الكتاب".

وهكذا، فإن معتقدات سالى جعلتها عرضةً لتفسير الأحداث بطريقة سلبية؛ فهى لم تناقش حتى أفكارها، وإنما قبلتها دون مناقشة. إن الأفكار والمعتقدات نفسها لم تسبب الاكتئاب، ولكن حينما بدأ الاكتئاب فقد أثرت هذه المدركات السلبية بقوة فى مزاجها، وأن اكتئابها بدون شك قد ينبع من عوامل بيولوجية وسيكولوجية مختلفة. فعلى سبيل المثال، ومع مضى الأسابيع، بدأت سالى فى إظهار أفكار أكثر سلبية عن نفسها، وبدأت تشعر بالحزن أكثر وأكثر وكذلك الإحباط، وبدأت فى قضاء وقت طويل فى استذكار دروسها بالرغم من أنها لم تستطع إنجاز الكثير بسبب عدم قدرتها على التركيز، واستمرت فى انتقاد نفسها، وحتى كانت لديها أفكار سلبية عن مرضها "إيه اللى جرى لي؟ أنا مش لازم أحس بالطريقة دي، ليه أنا محبطة ومتشائمة؟ أنا ماعنديش أمل". وانسحبت سالى من محيط الأصدقاء الجدد، وتوقفت عن مكالمة أصدقائها القدامى، والذين يمكنهم تشجيعها. لقد توقفت عن رياضة الجرى والسباحة والنشاطات الأخرى التى طالما أعطتها إحساسًا بالثقة والإنجاز. وهكذا شعرت بخواء شديد، وأخيرًا بدأت شهيتها تضعف، وأصبح نومها مضطربًا، وأصبحت ضعيفة وكسولة.

إن سالى فى الحقيقة يمكن أن يكون لديها استعداد وراثى للاكتئاب، إلا أن معتقداتها وأفكارها السلبية قد سهلت تفعيل العوامل البيولوجية والسيكولوجية المؤدية إلى الاكتئاب.

ملخص:

إن تكوين المفهوم عن المريضة فى مصطلحات معرفيه لازم وضـــرورى لتقدير الطريقة المثلى والفاعلة فى مسيرة العلاج، ويساعد أيضًا على تفهم مشـــاعر المريضة؛ فهو مقوم أساسى من مقومات إقامة علاقة علاجية جيدة مع المريضـــة. وعمومًا فإن الأسئلة التى يجب أن تُسأل عند تكوين مفهوم عن المريضة هي:

كيف أصيبت المريضة بهذا الاضطراب؟

ما أهم أحداث الحياة المعنية والتجارب والتفاعلات؟

ما الافتراضات والتوقعات والقواعد والاتجاهات (المعتقدات الوسطية)؟

ما الاستراتيجيات التى استخدمتها المريضة طوال حياتهـــا لتتكيـــف مـــع المعتقدات السلبية؟

ما الأفكار التلقائية والتخيلات والسلوكيات التى ســـاعدت علـــى اســـتتباب المرض؟

كيف تفاعلت معتقداتها المتطورة مع أحداث الحياة، والتى جعلتها عرضـــةً للمرض؟

ما الذى يحدث فى حياة المريضة حاليًا؟ وكيف ترى المريضة ذلك؟

ومرة أخرى نقول: إن تكوين المفهوم يبدأ منذ اللقاء الأول مع المريضـــة، وأنه عملية متطورة، قابلة دائمًا للتعديل كلما وردت معلومات جديدة لتؤكد أو تنتقد النظرية القائمة.

إن المعالج يضع فرضيته على أساس المعلومات التى جمعها، مســـتخدمًا الحرص الشديد فى التفسيرات، ممتنعًا عن التفسيرات والاستنتاجات التى لا تبنـــى بوضوح على أدلة حقيقية. وعلى المعالج أن يراجع هذه الفرضية مع المريضة بين فترة وأخرى، ليساعد المريضة على فهم نفسها وصعوباتها وليتأكـــد مـــن صـــحة نظريته.

إن العملية المستمرة لتقييم وتكوين المفهوم سوف تتأكد على طـول هـذا الكتاب، وإن الفصلين العاشر والحادى عشر سيوضحان بطريقـة أكثـر كيـف أن الأحداث التاريخية فى حياة المريضة تشكل فهم المريضة لنفسها وللعالم.

الفصل الثالث

بنية الجلسة الأولى

من أهم أهداف العلاج المعرفى هو جعل العملية العلاجية مفهومة لكل من المعالج والمريض. ولتسهيل هذه العملية على المعالج فيجب عليه أن يجعل العلاج فعالاً بقدر الإمكان وملتزما بشكل قياسى بعملية العلاج، كما أن عليه تعريف المريضة بالوسائل العلاجية المتاحة.

ويشعر معظم المرضى بالراحة حينما يعرفون ما هو المتوقع من العلاج، وحينما يعلمون بوضوح ما هو المطلوب منهم، وما هى مسئولية المعالج، وحينما يكون لديهم توقع واضح عن كيفية سير العملية العلاجية سواء فى جلسة معينة أو من خلال الجلسات ككل فى إطار المرحلة العلاجية. وعلى المعالج تعظيم دور المريضة من تفهم العلاج، وذلك بشرح قوام أو بنية الجلسات والالتزام بهذا القوام.

وقد يشعر المعالج المحترف – والذى لم يتعود على الالتزام بأجندة محددة للجلسات كما هو وارد فى هذا الفصل– بالتبرم لهذه الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي. وهذا التبرم قد يؤدى إلى توقعات سلبية مثل: لن تستطيع المريضة ذلك، سوف تشعر المريضة أنها مقيدة، إنه سوف يجعلنى أنسى أشياءً مهمة على أن أذكرها لها، إنه جامد تمامًا. وعلى المعالج الإسراع باختبار هذه الأفكار بطريقة مباشرة، وذلك بتطبيق القواعد العلاجية كما هى ثم ملاحظة النتائج. كما أن المعالج الذى يشعر بالتبرم من البناء المنظم للجلسات العلاجية سوف يتعود على ذلك حتى تصبح طبيعية له فيما بعد وخصوصًا حينما يلمس النتائج الإيجابية للعلاج.

والعنصر الأساسى فى العلاج المعرفى هو المراجعة المستمرة لحالة المريضة سواء لحالتها المزاجية أو بمدى التزامها بالعلاج الدوائى (إذا كان موجودًا) وانطباعها عن الجلسات السابقة وإعداد الأچنده للجلسات القادمة، ومراجعة الواجب المنزلى، ومناقشة الواجب المنزلى الجديد، وعمل ملخص عام، ومعرفة استجابة المريضة.

والمعالج المحترف يمكنه بالطبع الخروج عن هذه الأطر الثابتة فى أوقات معينة، وأما المعالج المبتدئ فعليه الالتزام الحرفى كلما أمكن بهذه الأطر الشكلية للجلسات.

وسوف يقدم هذا الفصل الخطوط العريضة والإيضاحات التى تتعلق بتصميم الجلسة الأولى أو شكلها، وسوف يركز الفصل التالى على الشكل العام للجلسات التالية. وأما الصعوبات التى تتعلق بالالتزام بالإطار المحدد أو بنية الجلسات فسوف نتناولها فى الفصل الخامس.

أهداف الجلسة الأولية وشكلها:

يراجع المعالج كل معطيات المريضة، وذلك تحضيرًا للجلسة الأولى.والتشخيص الدقيق لحالة المريضة هو عامل أساسى فى الخطة العلاجية؛ حيث إن التشخيص الإكلينيكى للمرض (Axis I) مع تشخيص أى اضطرابات فى الشخصية (Axis II) يحدد للمعالج مستوى العلاج المعرفى الذى سوف يكون ملائمًا لها (انظر الفصل السادس عشر).

كما أن الانتباه الكامل لمشاكل المريضة الحالية ومدى إعاقتها ودراسة الأعراض والتاريخ المرضى سوف يساعد على تكوين مفهوم عام للخطة العلاجية، ثم يدون المعالج ما يراه مهمًا ليتناوله فى الجلسة العلاجية الأولى.

(انظر الفصل الرابع شكل ٣-٤)، وهذه هى الأهداف الرئيسية للمعالج فى الجلسة الأولى:

١- تأسيس العلاقة والثقة بين المريضة والطبيب.

٢- تهيئة المريضة للعلاج المعرفى.

٣- التحدث مع المريضة عن حالتها المرضية وعن النموذج المعرفى والعملية العلاجية.

٤- تفهم مشاكل المريضة وإفهامها بأن حالتها عادية ومفهومة وغرس الأمل فيها.

٥- معرفة توقعات المريضة من العلاج وتصحيحها إذا لزم الأمر.

٦- جمع معلومات إضافية عن مشاكل المريضة ومتاعبها.

٧- استخدام هذه المعلومات لعمل قائمة أهداف.

والشكل الأمثل للجلسة العلاجية، والتى تتضمن هذه الأهداف يشتمل على:

١- توضيح جدول الأعمال أو الأچندة العلاجية (وتقديم مبررات لذلك).

٢- فحص الحالة المزاجية باستخدام معايير موضوعية.

٣- استعراض المشاكل الحالية مع مراجعة لآخر التطورات من وقت التقييم الأول.

٤- تحديد المشكلات ووضع الأهداف.

٥- تعليم المريضة النموذج المعرفى.

٦- استيضاح توقعات المريضة من العلاج.

٧- تبصير المريضة بمشاكلها.

٨- إعطاء واجب منزلى.

٩- تقديم ملخص للجلسة.

١٠- استيضاح النتائج أو المردود العلاجى.

يجب على المعالج أن يضع فى جدول أعماله مجموعه من الاعتبارات من بينها: كون المريضة تتعاطى أدوية علاجية، وما إذا كانت الأدوية مناسبة أم لا. وكذلك إذا كانت المريضة مدمنة الكحوليات أو العقاقير. وقبل وضع كل عنصر

من عناصر الجلسة ينبغى أن توضع الأوليات فى الاعتبار؛ فإذا كانت المريضة فاقدة للأمل ولديها أفكار انتحارية، فإن هدف الجلسة الأولى وشكلها (أو أى جلسة) ينبغى أن يعدل، وأنه لمن الأهمية بمكان أن نقيم النوايا الانتحارية لدى المريضة ومدى جديتها لكى نكشف عن السبب الأساسى وراء يأسها والعمل على تقويض هذا اليأس. وعلاج الأزمات ينبغى أن يكون له الأولية على كل الاعتبارات حينما تكون المريضة فى خطر من الآخرين أو تكون هى نفسها خطرًا على الآخرين.

إنه من اللازم أن يبنى جسرًا من الثقة مع المرضى فى الجلسة الأولى، وهذه العملية المستمرة تتحقق بسهولة مع المرضى ذوى الشخصيات غير المضطربة (المرضى الذين لا يعانون من اضطرابات فى الشخصية) والمعالج الذى يعالج مريضا بتشخيص إكلينيكى فقط (Axis I) لا يجد نفسه مضطرًا لبذل أى جهد لتأكيد تعاطفه مع المريضة، وبدلاً من ذلك يمكنه توصيل رسالة التزامه بالمريضة وتفهمه لمشاكلها من خلال كلماته ونبرات صوته وتعبيرات وجهه ولغة الجسد، فإن المريضة تشعر بقيمتها، وتشعر أن المعالج يتفهم مشاكلها عندما يظهر المعالج تعاطفه وتفهمه الدفين لمتاعبها وأفكارها خلال أسئلته وعباراته المتمعنة.

إن الرسالة الواضحة و(الخفية) فى العملية العلاجية هى أن المعالج يقدر مريضته ويعتنى بها، وأنه واثق من أنه يمكنهما العمل معًا وأنه يستطيع مساعدتها، وأنها تستطيع أن تتعلم كيف تساعد نفسها، وأنه يتفهم أحاسيسها تمامًا، وأن مشاكلها ليست بالصعوبة التى تتصورها، وحتى إن كانت كذلك فإنه يستطيع مساعدتها كما ساعد كثيرين مثلها من قبل، وأن العلاج المعرفى هو العلاج المناسب لحالتها، وأن حالتها سوف تتحسن.

وتأكيدًا لإظهار الاحترام والتعاون مع المريضة ينبغى على المعالج أن يسأل عن رأى المريضة فى العملية العلاجية وفى المعالج فى نهاية كل جلسة.

والسؤال عن مردود العلاج يساعد على تقوية التحالف العلاجي، وكذلك

يوضح إذا ما كان المعالج متعاطفًا ومتفهمًا وقادرًا على مساعدتها والعمل على إزالة أى سوء فهم فى مرحلة مبكرة.

والمرضى غالبًا ما يرحبون بالدعوة لإعطاء رأيهم فى المردود العلاجي، وقد يكون ذلك بمثابة رسالة إيجابية عن مشاركتهم فى العملية العلاجية وقدرتهم على التأثير فى مسار العلاج. وفى بعض الأحيان يكون لدى كل من الطبيب والمريضة منظور مختلف عما يجرى فى الجلسة العلاجية. والمردود فى هذه الحالات قد يزيل هذا التناقض، وخصوصًا إذا كان يتم بطريقة ودودة وغير ساخرة أو انتقادية.

إعداد جدول الأعمال (الأچندة):

وكما ذكرنا سابقًا فإن من أهم الأهداف فى الجلسة الأولى إعداد المريضة للعلاج المعرفى. وكما فى كل التقنيات العلاجية ينبغى تزويد المريضة بالأساس المنطقى لعملية العلاج.

المعالج: عاوز أبدأ جلستنا بإعداد الأچنده وهانقرر هنتكلم فى إيه النهارده. وحنعمل كده فى أول كل جلسة علشان نتأكد إن كان عندنا وقت لتغطية كل المواضيع الهامة. عندى بعض البنود اللى عاوز أفتحها وبعدين أسألك إن كان عندك بعض الإضافات. كويس.

المريضة: كويس.

المعالج: حتكون جلستنا الأولى مختلفة بعض الشيء عن جلساتنا المقبلة لأن علينا أن نستفهم عن أمور كثيرة. كمان لازم نتعرف على بعض بطريقة أفضل. عاوز أتعرف دلوقت على مشاعرك وإيه اللى خلاكى تطلبى العلاج وعاوزه تحققى إيه من العلاج، وعاوز كمان أتعرف على بعض مشاكلك وقدّ إيه بتتوقعى فايدة من العلاج. يا ترى ده يناسبك إلى حد ما؟

المريضة: آه – هيه – أيوه.

المعالج: عاوز أعرف إيه اللى تعرفيه عن العلاج النفسى المعرفى وأنا حاشرح إزاى حتكون عملية العلاج، وحنتكلم على اللى حاتعمليه كواجب منزلي، وفى النهاية حالخص اللى تكلمنا فيه وأعرف إيه المردود منك وإزاى هتمشى عملية العلاج. عندك أى إضافات على الكلام ده النهارده؟

المريضة: عندى بعض الأسئلة عن تشخيص حالتى وقد إيه ممكن نتوقع العلاج يحتاج.

المعالج: كويس.. خلينى أكتب الأسئلة دى، وبالتأكيد هنجاوب عليها النهارده (يدون الأسئلة) حتلاحظى إنى بادوّن كثيرًا أثناء الجلسات. عاوز أتأكد من إنى فاكر الأشياء المهمة. كويس عندك حاجة ثانية؟

المريضة: لا دى كل حاجة.

المعالج: إذا خطرت لك فكرة أثناء الجلسة، خلينى أعرفها.

إن إعداد الأچندة المثالى ينبغى أن يكون سريعًا ودقيقًا، وإن شرح الأساس المنطقى للعلاج يساعد على أن تكون العملية العلاجية مفهومة بالنسبة إلى المريضة، ويشجع على إظهار دورها النشط فى عملية العلاج بطريقة منظمة وفعالة، وإن الفشل فى إعداد هذه الأچندة سوف يؤدى إلى حوار غير فعال؛ حيث سوف تعطل المعالج والمريضة عن التركيز على القضايا ذات الأهمية.

وقبل نهاية الجلسة يشير المعالج مرة أخرى إلى الأچندة، وكذلك عند إعطاء الواجب المنزلى للمريضة (يمكن أن يدون كرءوس موضوعات وليس تفصيلاً) يسأل المريضة فى التفكير فى القضايا التى يمكن إدراجها فى أچندة الجلسة المقبلة.

ومعظم المرضى يتعلمون سريعًا كيف يشاركون فى إعداد الأچندة. وإن

كان هناك مشكلة فى إعداد الأچندة فسوف نتناول كيفية التغلب عليها فى الفصل الخامس.

(مراجعة الحالة المزاجية)

وبعد إعداد الأچندة يراجع المعالج الحالة المزاجية للمريضة بالإضافة إلى تقريرها الأسبوعى عن حالتها. ينبغى استعمال استبيانات موضوعية مثل مقياس بيك للاكتئاب ومقياس بيك للقلق ومقياس بيك لليأس (انظر الملحق د). وهذه المقاييس تساعد على التعرف الموضوعى على حالة المريضة، وكذلك تساعد هذه الاختبارات على توضيح ما لم تذكره المريضة من أعراض مثل صعوبة النوم وضعف الرغبة الجنسية والإحساس بالفشل والعصبية الزائدة.

وإن لم توجد هذه الاختبارات، فعلى المعالج أن يقضى بعض الوقت فى تعليم المريضة كيف تقيس مشاعرها على مقياس من صفر إلى مائة خلال الأسبوع القادم تقريبًا كيف كانت درجة الاكتئاب أو القلق أو الغضب إذا كانت هذه هى المشكلات التى تشغل بال المريضة، وأن المقياس من صفر إلى مائة معناه أن صفر لا يعنى اكتئابًا على الإطلاق ومائة تعنى أقصى حالة من الاكتئاب شعرت بها فى حياتك.

فى الحوار التالى قد أنهى المعالج إعداد الأچندة وهو فى عملية تقييم الحالة المزاجية للمريضة:

المعالج: كويس، بعدين إيه رأيك بأن نبدأ إزاى كانت حالتك الأسبوع ده. ممكن أشوف اللى كتبتيه؟ (ينظر إلى الأوراق) واضح إنك لسه مكتئبة شويه وقلقة. الأرقام دى متغيرتش كتير من أول ما تقابلنا ده معناه إنك لسه. صح؟

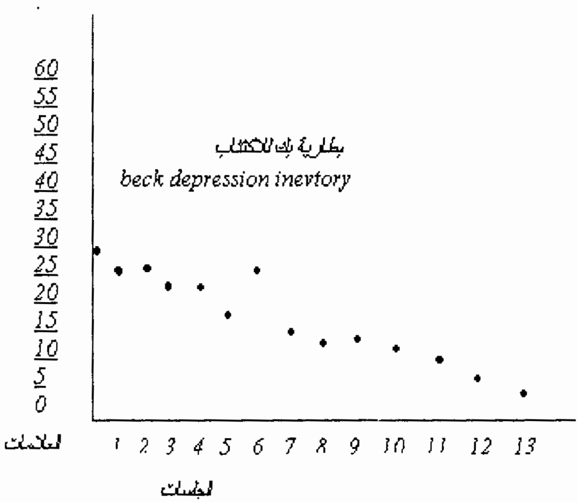
المريضة:- نعم أنا حاسة إنى زى ما أنا.

المعالج: (محاولاً التفسير) إن كان دا يناسبك، أنا عايزك تيجى كل جلسة كام دقيقة بدرى علشان تملى الفورمات دي. ده حيساعد كتير فى إنى أعرف حالتك النفسية الأسبوع الماضى ودى مش حاتغنى عن إنك تقولى "كنت شاعرة بإيه" بكلماتك أنت الشخصية. هل ده يناسبك؟

المريضة: بالتأكيد.

ويراجع المعالج نتائج الاختبارات الكلية، وكذلك يلقى نظرة سريعة على البنود متفرقة لكى يبين إذا كان الاختبار يشير إلى أى شيء مهم للأچندة، وخصوصًا البنود المتعلقة باليأس والانتحار، ويمكنه أيضًا رسم مخطط للنتائج على صورة رسم بيانى من صفر إلى ١٠٠ لكى يكون التقدم فى الحالة موثقًا وواضحًا للمعالج والمريضة معًا (انظر شكل٣-١).

وإذا كانت هناك صعوبة لدى المريضة فى ملء النماذج يضيف المعالج هذه المشكلة إلى جدول الأعمال (الأچندة)، ومن ثم يساعدها على التعرف على أفكارها التلقائية عن ملء النماذج، ويمكنه التناقض مع المريضة، وربما إعداد مقياس لهذه المقاومة أو التردد من صفر إلى مائة أو تقييم مثل (ضعيف – متوسط – شديد). وذلك بهدف إبقاء التعاون بينهما (انظر الفصل الخامس).



الشكل ٣ـ١ مخطط لبيان حالة سالى بطريقة موضوعية

مراجعة المشكلات الحالية والتعرف على المشكلات وإعداد الأهداف:

يراجع المعالج فى الجزء التالى باختصار مشكلة المريضة الأساسية؛ فيسأل المريضة أن تحيطه علمًا بآخر التطورات ثم يوجه اهتمام المريضة لتحديد المشاكل الفرعية، وبالتالى يساعد المريضة على تحويل هذه المشكلات إلى أهداف قابلة للتحقق فى العلاج.

المعالج: (ملخصًا): سالي، إحنا وضعنا الأچندة وعرفنا مشاعرك. دلوقت إذا كان مناسب عاوز أتأكد ليه أنتِ حضرتِ للعلاج. أنا قريت اللى موجود وأعتقد أنك مكتئبة من حوالى أربعة شهور بعد دخولك الكلية بفترة قصيرة. وكان عندك قلق شديد كمان لكن مش بشدة الاكتئاب والا إيه؟

المريضة: صحيح أنا فعلاً حاسة إنى وحشة جدًا.

المعالج: هل حصل أى حاجة من لحظة ما شفتك أول مـــرة ودلوقـــت مفـــروض أعرفها؟

المريضة: لا تقريبًا كل حاجة زى ما هيه.

المعالج: ممكن تقولى لى بالتحديد إيه المشاكل اللى تاعباك.. لو قلتيها بكلماتك إنتى حيكون مفيد.

المريضة: لا مش عارفة.. كل حاجة غلط.. أنا وحشة قوى فـــى الدراســـة. أنـــا متأخرة جدًا. أنا شاعرة أنى محبطة ومكتئبة طول الوقت. أحس أحيانًا أنى لازم أستسلم.

المعالج: هل راودتك أى أفكار أنك تأذى نفسك؟

(يستعلم المعالج عن الأفكار الانتحارية لأنه سوف يركز مباشـــرة علـــى الشعور باليأس لدى المريضة إذا كانت لديها أفكار انتحارية).

المريضة: لا.. مش بالضبط.. أنا بس عاوزة متاعبى كلها تنتهي.

المعالج: زى ما يكون أنت غرقانة وحيرانة.

المريضة: نعم. أنا مش عارفة أعمل إيه.

المعالج: (محاولاً مساعدة المريضة على التركيز وعلى أن تجزئ مشـــاكلها إلـــى أجزاء يمكن التعامل معها).

كويس.. واضح أن عندك مشكلتين أساسيتين لحد دلوقت. الأولى إنك مش ماشية كويس فى الدراسة. والثانية إنك حاسة إنك تعبانة ومحبطة. هل فيه حاجـــة تانية؟

المريضة: تهز كتفيها.

المعالج: كويس. . إيه اللى عاوزه تحققيه من العلاج؟ عاوزه حياتك تتغير إزاي؟

المريضة: عاوزه أكون أسعد وأحسن حالاً.

المعالج: (محاولاً تحديد كلام المريض ما يعنى أسعد أو أحسن حالاً سلوكيًا) وإن بقيتِ أسعد وأحسن حالاً حتعملى إيه؟

المريضة: أنا عاوزه أعمل كويس فى الكورسات، وكذلك فى العمل عاوزة أقابل ناس أكثر، وأكون مشتركة فى بعض النشاطات زى ما كنت فى الثانوي. أنا أعتقد أنى مش حاكون قلقانة على طول كده، حاقدر أستمتع شوية وما شعرش بالوحدة المؤلمة دي.

المعالج: (شاعرًا بأن المريضة بدأت تشارك فى إعداد الأهداف): كويس، كلها أهداف جميلة، إيه رأيك لو كتبتيها على ورقة من أصل وصوره علشان كل واحد يكون عنده نسخة؟

المريضة: ماشي، عاوزنى أكتب إيه؟

المعالج: هنا تأرخى فوق وتكتبى "قائمة الأهداف" دلوقت إيه كان الهدف الأول؟ (إرشاد المريضة فى كتابة القائمة التالية مع كتابة البنود فى عبارات سلوكية).

قائمة الأهداف ١- فبراير

١- تحسين الأداء الدراسى.

٢- تخفيض القلق من الامتحانات.

٣- مقابلة ناس أكثر.

٤- الاشتراك فى النشاطات المدرسية

المعالج: إيه رأيك فى الواجب المنزلي؟ اقرئى القائمة دى وشوفى إذا كنت عاوزه تضيفى حاجة عليها ماشي.

المريضة: حاضر.

المعالج: كويس.. قبل ما نكمل، خلينا نلخص بسرعة اللى قلناه لغاية دلوقت إحنا حضرنا الأچندة، راجعنا النماذج، واتكلمنا عن سبب مجيئك للعلاج، وبدأنا قائمة الأهداف.

يقوم المعالج على نحو كافٍ بمراجعة مشاكل المريضة الحالية مؤكدًا أن المريضة ليس لديها أى أفكار انتحارية، ولم يتم أى تغير من الصورة التى جاءت بها لأول مرة، وأنه ساعدها على التعبير عن مشاكلها بصورة عملية ووضعها فى قائمة أهداف علاجية.

وإذا كانت المريضة لديها أفكار انتحارية أو لديها معلومات جديدة تريد إفشاءها، أو لديها مشكلة فى التعبير عن مشاكلها أو أهدافها. حينئذ يقضى المعالج وقتًا أطول فى هذه المرحلة من الجلسة الأولى (وهذا بالطبع سيكون على حساب البنود الأخرى). فى الجلسات الأولى يحاول المعالج جعل المريضة أكثر مشاركة بواسطة الكتابة، ويوحى لها بما تكتبه كما لو كان مخفيًا عنها (فى كل مرة يطلب أن تدون على ورق طابع أو فى مذكرة يمكن التصوير منها حتى يكون لكل منهما نسخة. ويمكن للمعالج نفسه التدوين للمرضى الذين لا يرغبون فى الكتابة أو الذين لا يستطيعون الكتابة. وأما المرضى الذين لا يعرفون القراءة والأطفال يمكنهم الرسم أو الاستماع لشريط مسجل للجلسات العلاجية كطريقة لتشجيعهم على تدعيم فكرة العلاج.

كذلك يشجع المعالج مرضاه على التركيز على هدف كلى للعلاج (أنا أريد أن أكون أكثر سعادة وأحسن حالاً). وبدلاً من السماح بأن تسود مناقشة الأهداف الجلسة يسأل المعالج المريضة أن تنقح وتعدل القائمة كواجب منزلي، وأخيرًا يلخص ما تم فى الجلسة قبل الانتقال إلى موضوع آخر.

تدريب المريضة على النموذج المعرفى:

إن من الأهداف الرئيسية فى العلاج المعرفى تدريب المريضة على أن تكون معالجة لنفسها. وفى بداية العلاج يقوم المعالج بالتعرف على مفهوم المريضة على هذا النوع من العلاج وتصحيحه إن أمكن، ثم يقوم بتعليمها معلومات عن النموذج المعرفى متخذاً منها أمثلة مباشرة ثم يقدم لها نظرة عامة عن العلاج.

المعالج: عاوزين نشوف بتعرفى إيه عن "العلاج المعرفي" متوقعة العلاج هيمشى إزاي؟

المريضة: أنا فى الحقيقة معرفش كثير عنه.. بس المعلومات اللى قالت عليها المرشدة الطلابية.

المعالج: عرفت إيه عنه؟

المريضة: إنى أقول لك كل حاجة بصراحة.. أنا بصراحة مش فاكرة قوي.

المعالج: تمام. إحنا حنمر على بعض الأفكار دلوقت. أولاً عاوز أعرف إزاى تفكيرك بيأثر على مشاعرك. ممكن تقولى لى أفكار مرت بك الأسبوع الماضى لما لاحظت أن مزاجك اتغير؟ لما لاحظت فعلاً أنك مكتئبة أو متضايقة؟

المريضة: ممكن.

المعالج: ممكن تكلمينى شوية عنها؟

المريضة: كنت بأتغدا مع اثنين صحابي. حسيت كده إنى متنرفزة. كانوا بيتكلموا عن موضوع قاله الأستاذ وأنا مافهمتوش.

المعالج: لما كانوا بيتكلموا عن اللى قاله الأستاذ، قبل ما تحسى بالضيق والنرفزة ممكن تفتكرى إيه اللى كان بيدور فى دماغك.

المريضة: أنا كنت بأفكر إني ما فهمتش الدرس بس ما اقدرتش أقول لهم كدة.

المعالج: (مستخدمًا كلمات المريضة الحرفية). يعنى كانت الأفكار هى " أنا ما فهمتش" و"ما قدرتش أقول لهم كده".

المريضة: أيوه.

المعالج: ودا خلاك متنرفزة.

المريضة: أيوه.

المعالج: إيه رأيك نعمل رسم توضيحي. إنت دلوقت أعطيتى مثل واضح عن إزاى أفكارك بتأثر على مشاعرك (إرشاد المريضة على عمل الرسم التوضيحى كما هو مبين فى الشكل ٣-٢ ومراجعته معها) هل هذا واضح بالنسبة لك؟. شايفة إزاى إن الموقف ده أدى إلى أفكار معينة أثرت بدورها على مشاعرك؟

الموقف		الأفكار		المشاعر
الجلوس على العشاء مع الزملاء لمناقشة محاضرة	←	أنا لا أفهم	←	عصبية
	←	لن أدعهم يعرفون	←	عصبية

الشكل (٣-٢) ملاحظات جلسة سالى الأولى: النموذج المعرفي

المريضة: ده صحيح.

المعالج: خلينا نشوف إذا قدرنا نجمع بعض الأمثلة من الثنائيات دى فى الأيام اللى فاتت. مثلاً إيه كانت مشاعرك لما كنت فى غرفة الانتظار النهارده قبل الميعاد ده؟

المريضة: نوع من الحزن.

المعالج: وإيه اللى كان فى دماغك فى الوقت ده.

المريضة: مش فاكرة بالضبط.

المعالج: (محاولاً جعل التجربة أكثر حيوية فى عقل المريضة).

تقدرى تتخيلى نفسك فى غرفة الانتظار دلوقت؟ تقدرى تتخيلى نفسك جالسة هناك؟ أوصفى لى الموقف كما لو كان بيحصل دلوقت.

المريضة أوكي. أنا قاعدة على الكرسى القريب من الباب بعيدة عن السكرتيرة. واحدة ست تدخل، شكلها مبتسم شوية بتتكلم مع السكرتيرة، بتضحك شكلها سعيدة.. وطبيعية.

المعالج: وأنت حاسة بإيه؟

المريضة: حزينة.

المعالج: إيه اللى بيدور فى مخك؟

المريضة: هى بتضحك وسعيدة.. أنا عمرى ما حأكون زى كدة تانى.

المعالج: (مدعمًا للنموذج المعرفي) جميل، لقينا مثال تانى عن إزاى تفكيرك "أنا عمرى ما حكون زى كده ثانى" على مشاعرك "أنا حزينة" يا ترى ده واضح لك دلوقت؟

المريضة: نعم. أفتكر كده.

المعالج: ممكن تقولى لى أنت عن العلاقة بين التفكير والمشاعر؟ (متأكد من أن المريضة يمكنها التعبير لفظيًا عن مفهومها عن النموذج المعرفي).

المريضة: أيوه، واضح إن أفكارى بتأثر على مشاعرى.

المعالج: بالضبط كده. .واللى عاوزك تعمليه الأسبوع ده - لو وافقت طبعًا - إنك تكتبى أيه اللى بيدور فى دماغك لما تلاحظى أى تغيير فى المشاعر أو أن حالتك بتسوء. كويس؟ (محاولاً تسهيل استمرار المريضة فى تفعيل العلاج أثناء الجلسات على مدار الأسبوع).

المريضة: آه. حاضر.

المعالج: إيه رأيك لو تكتبى الواجب على الورقة الطابعة علشان كل واحد يأخذ نسخة. "لما ألاحظ أن مشاعرى اتغيرت أو بقيت أسوأ: أسال نفسي" إيه اللى بيدور فى مخى دلوقت وأدون الأفكار. دلوقت عارفة ليه أنا عاوزك تدونيها؟

المريضة: يمكن علشان أنت بتقول إن أفكارى هى اللى بتخلينى مكتئبة.

المعالج: أو على الأقل بتساعد على شعورك بالكآبة. وكمان علشان تأخذى فكرة عن العلاج المعرفى (جزء مهم من عملنا ده هو التعرف على أفكارك ومحاولة التأكد من صحتها). فى مرات كثيرة أعتقد أن أفكار كثيرة مش صحيحة ميه فى الميه، وواجب تكتبى حاجة عن كده كمان.

المريضة: علشان؟

المعالج: علشان نقيم أفكارك، وتتعلمى إزاى تغيرى تفكيرك.

المريضة: يتهيألى صعب.

المعالج: ناس كتير بيفتكروا كده فى الأول، لكن بسرعة جدًا بيلاقوا نفسهم كويسين قوى. هى بس عاوزه تمشى خطوة بخطوة علشان تتعلميها. بس كويس

إنك اتعرفت على أفكارك.. اتأكدى إن لو عندك أى أفكار زى " بيتهيألى صعب " تكتبيها ونحاول نشوفها الجلسة اللى بعدها.. كويس؟

المريضة: كويس.

المعالج: هل تعتقدى أن عندك مشكلة فى تدوين بعض أفكارك؟ (باحثًا عن أى مشكلة تتوقعها المريضة يمكن حلها).

المريضة: أعتقد أنى حاقدر.

المعالج: حتى لو مقدرتيش. مش مشكلة. هنتقابل الأسبوع الجاى ونحلها مع بعض. كويس؟

المريضة: بالتأكيد.

فى هذا الفصل يشرح المعالج، ويوضح ويسجل النموذج المعرفى بأمثلة من عند المريضة. ويحاول المعالج تلخيص شرحه فى جملتين فى كل مرة ثم يسأل المريضة عما قاله ليتأكد من فهم المريضة لكلامه (إذا كانت الوظائف المعرفية للمريضة معطلة أو محدودة يمكنه استخدام وسائل أكثر مباشرة مثل استخدام تعبيرات الوجه لتوضيح المشاعر، وعليه التأكد دائمًا من أن المرضى يدونون النقاط المهمة.

إن مريضتنا هذه تستطيع أن تفهم بسهولة ما المقصود "بالنموذج المعرفي". وأما إذا كانت قد لاقت صعوبة فى التعبير عن أفكارها ومشاعرها فعلى المعالج أن يزن فائدة استخدام أساليب معالجة أخرى) لكى يحقق هذا الهدف (انظر الفصل السادس)؛ لأنه من الممكن أن يترتب من الضغط على المريضة أو الدفع الشديد نتائج سلبية من المحتمل أن تزيد من إحباط المريضة أو تؤثر فى العلاقة العلاجية. وإذا اضطر المعالج أن يلجأ إلى المزيد من الشرح والتفسير للنموذج المعرفى فعليه أن ينتبه ألا يجعل المريضة تلوم نفسها على أنها لم تفهم جيدًا (فى

بعض الأحيان يصعب على البعض أن يتفهموا الأفكار دى بسرعة، وعلى العموم دى مش حاجة مهمة قوى.. هنرجع لها بعدين).

فى الفصل التالي، يحاول المعالج الاستدلال عن الأفكار التلقائية فى صورة خيالات مرئية، ويعانى معظم المرضى من صعوبات أكثر فى تخيل أفكارهم فى صور مرئية، ويصعب عليهم إحضار أمثلة. ومع ذلك فإنهم يستطيعون التعرف ووصف الخيالات المرئية إذا تنبهوا لها مبكرًا فى العلاج.

المعالج: فيه حاجة كمان عاوز أقولها لك. تعرفى ليه أنا دايمًا أقولك لما مشاعرك تتغير أو تسوء شوفى إيه اللى بيدور فى دماغك. ما قلتش إنت بتفكرى إزاى.. عارفة ليه؟ لإننا دايمًا بنفكر فى صورة خيالات أو صور. مثلاً قبل إنت ما تدخلى عندى أول مرة النهارده، ما فكرتيش إن ممكن يكون شكلى إيه؟

المريضة: أعتقد أنى كان عندى صورة مشوشة عن واحد أكبر فى العمر، متجهم، وجاد.

المعالج: كويس. الصورة دى أو التخيل هو اللى نسميه (صورة متخيلة). علشان كده لما تسألى نفسك "إيه اللى بيدور فى مخى" راجعى الصورة والكلام. عاوزك تكتبى الكلام ده كمان.

بهذه الطريقة يهيّء المعالج المريضة إلى التعرف على الأفكار التلقائية وكيف أنها تأتى فى أشكال مختلفة وحتى عن طريق حواس مختلفة، وذلك لجعلها أكثر استقرارا لكى تعى أفكارها التلقائية فى أى صورة كانت.

توقعات العلاج:

يدخل المرضى العلاج غالبًا معتقدين أنه غامض وغير مفهوم، وأنهم لن يكونوا قادرين على فهم العملية التى سوف يفترض أنها تحسنهم، وعلى المعالج فى

المقابل أن يركز على أن هذا النوع من العلاج منظم ومنطقى، وأن حالة المرضى تتحسن؛ لأنهم يفهمون أنفسهم بطريقة أفضل، ويصبحون قادرين على حل مشاكلهم، ويتعلمون طرائق يمكنهم استخدامها بأنفسهم. ويستمر المعالج فى تهيئة المرضى للعلاج بتوصيل الرسالة الأساسية وهى أن عليهم أن يشاركوا فى علاج أنفسهم. وعند معظم المرضى فإن المناقشة المختصرة التالية تكون كافية لتوصيل هذه الرسالة.

المعالج: وبعدين عاوز أشوف إنت إزاى متوقعة إن حالتك تتحسن؟

المريضة: مش عارفة بالضبط أنت تقصد إيه.

المعالج: بعض المرضى عندهم فكرة أن المعالج حيشفيهم وبعضهم عارفين إنهم ممكن يتحسنوا بمساعدة المعالج، لكن عندهم إحساس إنهم اللى بيقوموا بالعمل.

المريضة: أنا يمكن قبل ما آجى فكرت إنك - بطريقة ما - حتعالجنى لكن بعد اللى قلته النهارده أنا باخمن إنك ناوى تعلمنى حاجات أعملها.

المعالج: دا صحيح أنا حساعدك إنك تتعلمى طرق التغلب على الاكتئاب. وفى الحقيقة إنك حتقدرى تستعملى الطرق دى طول حياتك للتغلب على مشاكل ثانية.

وفى الجلسة الأولى يكون من المفضل للمعالج أن يعطى مريضته إحساسًا مهمًا بالمدة المتوقعة لعملية العلاج، وعادة يكون من الأفضل اقتراح مدة تتراوح بين شهر ونصف وأربعة أشهر بالنسبة إلى معظم المرضى.

ولكن بعض المرضى يمكن أن ينهوا علاجهم فى زمن أسرع من ذلك (أو مضطرين لظروف اقتصادية أو حدود التأمين الصحي) وبالنسبة إلى بعض المرضى الآخرين خصوصًا ذوى المرض المزمن أو الذين يعانون من اضطرابات الشخصية يبقون فى العلاج لمدة سنة أو أكثر.

ومعظم المرضى يستجيبون جيدًا للجلسات الأسبوعية إلا إذا كانوا شديدى الاكتئاب أو القلق ولديهم أفكار انتحارية أو بحاجة إلى عناية أكثر.

وقبل نهاية العلاج يمكن للجلسات أن تتباعد تدريجيًا حتى يمكن إعطاء فرصة للمرضى لحل مشاكلهم واتخاذ القرارت واستخدام الأدوات العلاجية بمفردهم، والمثال التالى يقدم كيفية الطريقة التى يعطى بها المعالج فكرة للمريضة عن كيفية سير العلاج.

المعالج: إن كان يناسبك. إحنا حنتقابل مرة كل أسبوع لغاية ما تشعرى بالتحسن، وبعدين نتقابل مرة كل أسبوعين وبعدين ممكن مرة كل ٣ أو ٤ أسابيع وحنقرر ده مع بعض على حسب الحالة وبعدين نقرر إمتى ننهى العلاج، ويمكن نوصى بأنك تيجى جلسة تدعيم كل كام شهر إيه رأيك؟

المريضة: كويس.

المعالج: طبعًا إنت عارفة إنه صعب دلوقت أن إحنا نقرر مدة العلاج. أنا تخمينى يمكن حوالى ٨ إلى ١٤ جلسة، ولو لقينا أن فيه مشكلة حنطول شوية عاوزه تشتغلى فيها ممكن العلاج يحتاج أكثر. برضه حنقرر ده مع بعض فى وقتها كويس؟

تعليم المريضة التعرف على طبيعة مرضها:

أغلب المرضى يريدون التعرف على التشخيص العام لمرضهم، وأنهم غير مجانين، وأن معالجهم قد عالج حالات مشابهة من قبل، وأن حالتهم ليست غريبة أو صعبة. وعادة ما يفضل عدم استخدام تشخيص (اضطرابات الشخصية). وبدلاً من ذلك يمكن استخدام لفظ أكثر عمومية وبعيدًا عن اللغة الاصطلاحية العلمية. (يبدو أنك تعانى من اكتئاب شديد على مدار العام الماضى كما أنك تعانى من بعض المشاكل فى علاقاتك مع الآخرين) وكذلك من المفضل تزويد المريضة

ببعض المعلومات الأولية عن طبيعة مرضها حتى تستطيع أن تعزو بعض المشاكل إلى مرضها، وبالتالى تتخفف من تأنيب الذات، والحوار التالى يوضح كيفية تعليم المرضى المكتئبين (وهذا بالطبع لا ينطبق على المرضى بتشخيصات أخرى).

المعالج: دلوقت آخر حاجة هو تشخيص حالتك. التقييم أظهر إنك مكتئبة جدًا ومتوترة زى مرضى كثير بنشوفهم هنا..أنا كتير متفائل تمامًا إن إحنا حنقدر نساعدك تكونى أحسن. إيه رأيك؟

المريضة: أنا كنت خايفه تفكر إن أنا مجنونة.

المعالج: على الإطلاق.. أنت عندك مرض عادى جدًا وشائع اسمه الاكتئاب، وواضح أن مشكلتك دى مشكلة أغلب المرضى اللى بنشوفهم هنا. لكن كويس، ده نوع من الأفكار التلقائية اللى تكلمنا عليها (أنت فاكرنى مجنونة). إيه رأيك دلوقت بعد ما عرفت إن ده مش حقيقي؟

المريضة: ارتحت.

المعالج: معنى كده أن تغيير أفكارك بيساعد على تغيير مشاعرك، لو عندك أفكار ثانية زى دى ياريت تكتبيها عشان نناقشها مع بعض فى الجلسات الجايه.

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: النوع ده من الأفكار السلبية هو عرض من أعراض الاكتئاب. الاكتئاب يؤثر على نظرتك لنفسك، نظرتك للعالم ومستقبلك. بالنسبة إلى معظم المكتئبين زى ما يكونوا بيشوفوا العالم من خلال نظارة سوداء. كل حاجة سودا ومظلمة، وجزء كبير من اللى بنعمله فى العلاج إن إحنا نكشط الصبغة السودا دى ونساعدك على إنك تشوفى الدنيا بطريقة واقعية. ياترى التشبيه ده يعنى شيء بالنسبة لك؟ {استخدام القياس التمثيلى أو التشبيهى غالبًا ما يساعد المرضى على رؤية أنفسهم من منظور مختلف}.

المريضة: أيوه أنا فاهمة.

المعالج: كويس.. تعالى نشوف شويه أعراض ثانية من أعراض الاكتئاب اللى عندك. الاكتئاب بيأثر على شهيتك ونومك ورغبتك الجنسية وطاقتك. وكمان بيأثر على دوافعك ورغباتك. ودلوقت معظم المرضى المكتئبين بيلوموا أنفسهم أنهم ما بيكونوش زى الأول. ياترى أنت فاكره آخر مرة انتقدت فيها نفسك؟ {مستوضحا أحداثا معينة}.

المريضة: أيوه أنا دلوقت بقوم من النوم متأخرة ما بلحقش أخلص واجباتى، وأعتقد إنى كسلانة وخايبة.

المعالج: دلوقت لو عندك التهاب رئوى وما بتقدريش تقومى من السرير وتخلصى كل أعمالك كنت حتقولى إنك كسلانة ومش كويسة؟

المريضة: لا.. أعتقد لا.

المعالج: هل ده يساعدك إذا عرفت تُردى على الفكرة (أنا كسلانة)؟

المريضة: محتمل، ممكن ما أشعرش إنى وحشة قوي.

المعالج: هتقدرى تفكرى فى نفسك إزاى؟(مستوضحًا استجابة المريضة بدلاً من إعطاء النصيحة بطريقة أتوماتيكية وفى ذلك تقوية لفكرة المشاركة العلاجية).

المريضة: أعتقد إنى مكتئبة وصعب علىَّ أنى أقوم فى ميعادى وأخلص شغلى زى ما يكون عندى التهاب رئوي.

المعالج: كويس وتفكرى نفسك إنك لما حتستمرى فى العلاج ويخف اكتئابك، الأمور حتبقى أسهل. مش عاوزه تكتبى حاجة من الكلام ده عشان تقدرى تفتكريه طول الأسبوع؟ (كونه تعاونيا، ففى ذلك رسالة قوية للمريضة بأنها سوف تشارك فى عملية العلاج، وتراجع محتوى الجلسات طول الوقت).

المريضة: حاضر.

المعالج: وده كتيب صغير تقريه.. "التكيف مع الاكتئاب". (انظر ملحق د) حيفهمك أكثر عن الاكتئاب.

ملخص نهاية الجلسة وإعداد الواجب المنزلى:

مثل الملخصات الكبسولية (انظر ص.....) يربط الملخص الأخير خيوط الجلسة، ويركز على النقاط المهمة، ويشمل الملخص كذلك التذكير بما وافق المريض عليه من الواجب المنزلى. ومع تقدم سير العلاج يشجع المعالج مريضته على التلخيص.

المعالج: خلينا نلخص اللى قلناه النهارده. إحنا حطينا الأچندة وقيمنا حالتك النفسية، حطينا أهداف العلاج وعرفنا إزاى.

الواجب المنزلى (فبراير ١).

١ - تحديد قائمة الأهداف.

٢- حينما يتغير مزاجى أسأل نفسى ما الذى يدور فى عقلى الآن؟ وأدون الأفكار والتخيلات، وأذكر نفسى أن تلك الأفكار يمكن تكون صحيحة أو خاطئة

٣ - أذكر نفسى أنى مكتئبة الآن، ولكنى لست كسولة، وهذا يفسر الصورة فى عمل واجباتي.

٤- أفكر فى إعداد الأچندة للأسبوع القادم (ما هى المشاكل والمواقف) وكيف أسميها؟

٥- أقرأ الكتيب وملاحظات العلاج.

٦- أذهب للسباحة أو الجرى ثلاث مرات هذا الأسبوع.

أفكارك بتأثر على مشاعرك وتكلمنا العلاج حيمشى إزاى. إحنا حنعمل حاجتين مهمين: حنشتغل فى مشاكلك وأهدافك، وهنحاول تصحيح أفكارك كل ما تلاقيها مش مضبوطة. ودلوقت خلينى أشوف أنت كتبت إيه للواجب المنزلى؟ أنا عاوز أفهمك إن العلاج ده سهل ومفهوم وده حيساعدك كتير.

وينشد المعالج التأكد دائمًا بأن المريضة تحقق نجاحًا فى عمل الواجب المنزلى (انظر الفصل الرابع عشر).

وإذا استشعر المعالج أن المريضة يمكن أن تكون مستاءة أو مترددة فى عمل الواجب المنزلى، فيمكنه أن يعرض عليها إلغاءه.(تفتكرى إن عندك مشكلة فى تدوين مشاعرك وأفكارك؟ (إذا نعم) تفتكرى إن إحنا أفضل نلغيها من أجندة النهارده؟ هى مش حاجة ضرورية قوى قوى وممكن يكون لها بديل). وفى بعض الأحيان ينزعج المرضى حين سماعهم كلمة (واجب منزلى). وهنا على المعالج أن يشرح للمريضة الفرق بين الواجب المنزلى العلاجى، وهو موقف تعاونى قد صمم خصيصًا من أجل مساعدة المريض على التحسن، وبين التجارب السابقة (غالبًا الواجب المنزلى الدراسي) والذى يتطلب التزامًا إجباريًا عامًا لا يكون سارًا فى أغلب الأحيان ويمكن للمعالج والمريضة معا أن يتجاوزا ويفكرا فى تسمية أخرى مثل (أنشطة مساعدة الذات). وبحل المشكلة العملية لاستخدام مصطلح الواجب المنزلى يمكن للمعالج أن يتابع (أو يضع ذلك فى اعتباره لمناقشته لاحقًا). ماذا تعنى كلمة (الواجب المنزلى) بالنسبة للمريضة، وعليه أن يكتشف إذا كان اعتراضها على الكلمة يشير إلى أشياء أخرى (مثل رفضها أن تكون منقادة للآخرين، أو شعورها بعدم الكفاءة حين يوكل إليها مهام معينة).

ومن الواجبات الشائعة فى الجلسة الأولى (والغالبة) هو العلاج بالقراءه؛ فربما يسأل المعالج المريضة أن تقرأ فصلاً من كتاب عن العلاج المعرفى لغير المتخصصين) أو حتى نشرات تعليمية (انظر الملحق. د) (Burns,1980,1989) (Greenberger & Padesky, 1995; Morse, Morse, & Nackoul, 1992)وهنا يحاول المعالج أن يجعل المريضة مشاركة فى عملية القراءة (لما تقرى الكتاب عاوزك تخططى فيه، وتكتبى تعليقاتك: إيه اللى أنت موافقة عليه؛ وإيه اللى مش موافقة عليه؟ وإيه اللى ينطبق عليك وإيه اللى ماينطبقش عليك؟). وهناك واجب شائع آخر فى الجلسات الأولى، وهو أن يطلب من المريضة الرصد والجدولة، والهدف هنا

أن المريضة تستأنف نشاطاتها التى كانت فى السابق تسعد بها أو تشعرها بالكفاءة.

المردود العلاجى:

إن العنصر النهائى فى كل جلسة هو "المردود" أو "التغذية الارتجاعية" (feed back) وفى نهاية كل جلسة يشعر معظم المرضى بشعور إيجابى تجاه العلاج والمعالج، والسؤال عن المردود يقوى ذلك الإحساس ويدعم العلاقة موصلاً الرسالة: إن المعالج يهتم بكل أفكار مريضته، وأيضًا يعطى المريضة الفرصة لكى تعبر عن مشاعرها تجاه المعالج والعلاج لكى يصحح أى سوء فهم. وفى بعض الأحيان تفسر المريضة شيئًا مما قاله المعالج أو فعله بطريقة خاصة جدًا وبسؤالها عما إذا كان هناك شيء ضايقها يعطى فرصة للتعبير ومن ثم اختبار حكمها. وبالإضافة إلى الاستفسار لفظيًا عن المردود يمكن للمعالج أن يسأل المريضة أن تكتب تقريرًا عن العلاج (انظر الشكل ٣-٢).

المعالج: ودلوقت.. فى نهاية كل جلسة حاسألك عن انطباعك عن الجلسة وإزاى مشت، فى الحقيقة إنت عندك طريقتين إما تقوليلى مباشرة عن انطباعاتك، أو تكتبيها فى تقرير كتابي، وممكن تكتبيها فى غرفة الانتظار بعد الجلسة مباشرة وأنا ها شوفه، وإذا كان فيه أى مشاكل، نقدر نحطها فى أجندة الجلسة الجاية. دلوقت فيه أى حاجة ضايقتك أو أزعجتك فى جلسة النهارده؟

المريضة: لا بالعكس كانت كويسة.

المعالج :أى حاجه مهمة عاوزة تقوليها؟

المريضة: أنا اتهيألى إنه يمكن أنا أقدر أشعر بتحسن لما أشوف إيه اللى بفكر فيه.

المعالج: كويس، أى حاجة تانية عايزة تقوليها أو حاجة عاوزة تحطيها فى أجندة الجلسة الجاية؟

المريضة: لا.

المعالج: وهو كذلك، أنا مبسوط إنى اشتغلت معاك النهارده.. ممكن بقى تكتبى التقرير فى غرفة الانتظار، وتملى لى الفورمات الثلاثة اللى أعطيتهم لك قبل جلستنا الجاية الأسبوع الجاي. وتحاولى تعملى الواجب اللى كتبتيه فى دفتر الواجب.. تمام؟

المريضة: إن شاء الله، شكرًا لك.

المعالج: أشوفك الأسبوع الجاى.

١- ما الذى ناقشته اليوم ومهم أن تتذكره؟ ٢- كم شعرتِ أنه يمكن الوثوق بمعالجك اليوم؟ ٣- هل ضايقك أو أزعجك أى شيء فى جلسة اليوم؟ إذا نعم.. ما هو؟ ٤- كم حجم الواجب المنزلى الذى كتبته اليوم للعلاج؟ وما استعدادك لعمل واجب جديد؟ ٥- ما الذى يريد أن تناقشه فى الجلسة القادمة؟

الشكل٣-٣: تقرير عن العلاج (جوديث بيك ،١٩٩٥)

فى بعض الأحيان تشعر المريضة بمشاعر سلبية تجاه الجلسه الأولى، وهنا يحاول المعالج دراسة المشكلة ومعناها بالنسبة للمريضة، ومن ثم يتدخل أو يحدد المشكلة للتدخل فى الجلسة القادمة كما فى المثال التالى:

المعالج: دلوقت فيه حاجه أزعجتك فى الجلسة دى؟

المريضة: مش عارفة مش متأكدة إن كان العلاج يناسبنى.

المعالج: تفتكرى إنه مش حيكون مُجدى؟

المريضة: لأ مش كده، يعنى أنا عندى مشاكل حياتية حقيقية المسألة مش بس أفكارى.

المعالج: أنا مبسوط خالص إنك تقولى كده، دا أعطانى الفرصة إنى أقولك إنى عارف إنك فعلاً عندك مشاكل حقيقية مش معنى إنى بأكلمك عن الأفكار إنك ما عندكيش مشاكل. المشاكل مع رؤسائك، جيرانك وإحساسك بالوحدة بالطبع دى مشاكل واقعية... حنشتغل مع بعض ونحلها، أنا ما أعتقدش إن كل اللى عاوزه منك انك تشوفى أفكارك وبس وأنا آسف إن كنت اديتك الانطباع ده.

المريضة: لا لا أنا بس... مش عارفة... حاسة إنى غرقانة ومرتبكة ومش عارفة أعمل إيه.

المعالج: إنت مستعدة تيجى الأسبوع الجاى علشان نتكلم فى موضوع الارتباك أو الحيرة دى مع بعض؟

المريضة: أيوه.. أنا اتهيألى كده.

المعالج: هل الواجب المنزلى له علاقة بحالة الارتباك دى؟

المريضة: ممكن.

المعالج: إيه رأيك تتركيه؟ إحنا ممكن نقرر إننا نؤجله الأسبوع ده والأسبوع الجاى نعمله مع بعض أو تأخذى الكراس ده وفى البيت تقررى إن كنت تقدرى تعمليه أو لأ.

المريضه: أنا حاشعر بالذنب إذا أخذته البيت وما عملتوش.

المعالج: كويس. إذن خلينا نقرر إن بلاش تعمليه خالص، ودلوقت فيه حاجة ثانية مضايقاك فى الجلسة دى؟

وهنا يدرك المعالج أهمية تقوية التحالف العلاجي، وسواء لم يلاحظ المعالج علامات عدم اقتناع المريضة فى أثناء الجلسة أو أن تكون المريضة ماهرة فى إخفائها، فإن عدم الاستفسار عن المردود أو الانطباع أو عدم مهارة المعالج

فى التقاط المردود السلبى ومعالجته، فإنه من الممكن أن لا تحضر المريضة لجلسة أخرى وإن مرونة المعالج حيال الواجب المنزلى قد يساعد المريضة على التحقق من ريبة المريضة عن ملاءمة العلاج المعرفى لحالتها وبدراسة المردود أو الانطباع لدى المريضة والتعامل معها يظهر تفهم المعالج وتعاطفه مع مرضاه، مما يسهل التواصل ويدعم الثقة، وينبغى على المعالج أن يتأكد من أن يؤكد فى بداية الجلسة التالية على أهمية أن تكون عملية العلاج مشتركة بينهما، وأنهما يعملان كفريق علاجى ليفصلا العلاج والواجب المنزلى بحيث يجدهما المريض ذوى جدوى، ويستغل المعالج هذه الصعوبات لصقل أو تحسين مفهومه عن المرض؛ فمستقبلاً لن يلغى الواجب المنزلى تمامًا، ولكنه يؤكد أنه موقف تعاونى، ويتجنب أن يشعر المريض بالارتباك أو الهم.

ملخص:

إن الجلسة العلاجية الأولى لها أهداف متعددة: تأسيس العلاقة العلاجية وصقل المفهوم المكون عن المريضة وتهيئة المريضة لعملية ونظام العلاج المعرفى وتعليم المريضة عن النموذج المعرفى وعن طبيعة مرضها ثم تقديم الأمل ومحاولة علاج بعض الأعراض. ومن الأهمية بمكان فى هذه الجلسة تدعيم العلاقة والتحالف العلاجى وتشجيع المريض على الانخراط فى عملية العلاج وترسيخ الأهداف، ويتناول الفصل القادم وصف جلسات أخرى، ويتناول الفصل الخامس الصعوبات التى تواجه بنية الجلسات.

الفصل الرابع

الجلسة الثانية وما بعدها:

البنيان والشكل

إن الجلسة الثانية تتخذ شكلاً أو تصميمًا معينًا سوف يتكرر فى الجلسات التالية، وسوف يقدم هذا الفصل شكلاً للجلسات، ويصف بصفة عامة مسار العلاج من الجلسة الثانية إلى نهاية العلاج. والمرحلة الأخيرة من العلاج سوف توصف فى الفصل الخامس عشر والمشاكل النموذجية، والتى تطرأ عند تهيئة المريضة فى الجلسات الأولى سوف تقدم فى الفصلين: الخامس والسابع عشر.

والأچندة النموذجية للجلسة الثانية وما بعدها هى كالتالي:

١. مراجعة سريعة وحديثة لحالة المريض المزاجية (الأدوية-الكحوليات-المخدرات إن وجدت).
٢. التواصل مع الجلسة السابقة.
٣. إعداد الأچندة.
٤. مراجعة الواجب المنزلى.
٥. مناقشة قضايا الأچندة، وضع واجب منزلى جديد وملخص دورى.
٦. تلخيص نهائى ومراجعة المردود.

ويستطيع المعالج المحترف أن يمزج العناصر السابقة إلى حد ما. وأما المعالج المبتدىء فينصح بأن يلتزم بسياق الأچندة وبنيان الجلسة على قدر استطاعته. إن أهداف العلاج فى الجلسة الثانية هى مساعدة المرضى على أن يختاروا مشكلة أو هدفًا معينًا للتركيز عليه، وذلك لكى يبدأ المعالج فى حل المشاكل وتدعيم النموذج المعرفى والتعرف على الأفكار التلقائية. وعلى المعالج أن يستمر فى تهيئة المريضة للعلاج المعرفى، وأن يجعلها ملتزمة بشكل الجلسة وبنيانها، وعاملة بطريقة تعاونية مع المعالج معطيه للمردود العلاجى، وتبدأ فى النظر إلى

ماضيها وحاضرها من مفهوم معرفى. وحينما تشعر المريضة بالتحسن تمامًا، يبدأ المعالج فى العمل على تفادى الانتكاسات (انظر الفصل الخامس عشر).

وفوق كل ذلك يكون المعالج معنيًا ببنــاء التحــالف العلاجــى وتحســن الأعراض المرضية.

تحديث سريع ومراجعة الحالة المزاجية (والدواء):

إن مراجعة الحالة المزاجية ينبغى أن تكون مختصرة ومرتبطة بمراجعــة سريعة للأسبوع الفائت.

ويحاول المعالج أن يستخلص من المريضة وصفًا ذاتيًا، ويقارنــه بنتــائج الاستبيانات الموضوعية التى أعطيت لها، وإن وجد تعارضًا بين تقرير المريضــة عن نفسها والاستبيانات؛ فعليه أن يسأل المريضة: "أنت قلت إنك أحسن الأســبوع ده، مع أن مقياس الاكتئاب فى الحقيقة أعلى من الأسبوع اللى فات، إيه رأيك فــى الكلام ده؟"

وكذلك يقارن المعالج بين نتائج الاختبارات السابقة والحالية.

مثلاً: "مقياس القلق أظهر درجات أقل من الأسبوع الماضى. إنت حاســة إنك أحسن الأسبوع ده؟"

والجلسة الثانية النموذجية يمكن أن تبدأ كالتالى:

المعالج: أهلاً سالى، أخبارك إيه النهارده؟

المريضة: أحسن شويه على ما أعتقد.

المعالج: ممكن ألقى نظرة على النماذج اللى معاك، وأنا بابص عليها قــولى لــي، إزاى الأسبوع ده مر عليك.

المريضة: كويسة فى بعض الحاجات، ومش كويسة قوى فى حاجات ثانية.

المعالج: إزاى بقى.. إيه اللى حصل؟

المريضة: كان الاكتئاب شوية أقل. أفتكر كده.. لكن كنت قلقانة أكثر، كنت مشغولة جدًا ومهمومة علشان الاقتصاد اللى مش قادرة أركز فيه.

المعالج: ممكن نحط الامتحان فى الأچندة؟ (تهيئة المريضة لمناقشة مشاكل معينة فى الجلسة).

المريضة: نعم، وأنا كمان عندى مشكلة مع زميلتى فى الغرفة.

المعالج: كويس، أنا حاكتب ده علشان نتكلم فيه. حاجة تانية عاوزة تقوليها لى عن الأسبوع ده؟

المريضة: مافتكرش.

المعالج: كويس. نرجع لمزاجك، الاختبارات دى بتقول إن فيه انخفاض بسيط فى الاكتئاب وزيادة فى درجة القلق.

تعتقدى ليه اكتئابك أقل؟

المريضة: حاسة شوية إن عندى أمل. يمكن عندى إحساس أن العلاج يمكن يفيد.

المعالج: (مؤكدًا على النموذج المعرفي). يعنى إن عندك أفكار زى (العلاج يمكن يفيد) والأفكار دى تخليك متفائلة شوية وعندك أمل؟

المريضة: نعم.. وأنا سألت ليزا واحدة معايا فى فصل الكيمياء إن كان ممكن تذاكر معايا.. قضينا إمبارح يمكن ساعتين نذاكر بعض المعادلات. وده خلانى أشعر بتحسن كمان.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك لما كنت بتذاكرى معاها إمبارح؟

المريضة: إنى حبتها، أنا كنت سعيدة لما سألتها إن كان ممكن نذاكر مع بعض.. أنا فهمت ده أكثر دلوقت.

المعالج: إذن عندنا دلوقت مثالين على ليه حسيت إنك أحسن الأسبوع ده .أولاً أنك حسيت ببعض الأفكار المتفائلة عن العلاج وثانيًا، أنت عملت حاجة مختلفة – المذاكرة مع ليزا – وواضح أنك أعطيت لنفسك مكافأة على كدة.

المريضة: آه.

المعالج: تقدرى تشوفى فى الحالتين دول إزاى إنك لما فكرتى بإيجابية شعرتى بتحسن الأسبوع ده؟

أنا مبسوط إنك حاسة إنك أحسن.. فى دقائق أن حاعوز أتكلم عن مسار التحسن، يعنى حاحط ده فى الأچندة كمان.

(هنا قدمت سالى عرضًا مختصرًا عن حالتها المزاجية).

وإذا بدأت سالى فى الإسهاب المطول يحاول المعالج فى مساعدتها على التعبير باختصار ودقة على وصف حالتها (سالى خلينى أقاطعك دقيقة، ممكن تقولى لى فى جملة واحدة أخبار اكتئابك وقلقك بالمقارنة بالأسبوع الماضى؟ أو تيجى نحط ده على الأچندة وبكدة نقدر نأخذ وقت أطول فى مناقشته؟)

ولقد ذكرت سالى أن لديها مشكلتين، وبدلاً من فتح نقاش فى هذه النقطة يدون المعالج المشاكل فى الأچندة. وإذا كان المعالج قد سمح لسالى بأن تناقش المشاكل بطريقة مطولة لكان قد حرمها من فرصة التفكير فى أولوية المشاكل التى ينبغى أن تناقش فى الجلسة، وكان من الممكن أيضًا أن يضيع عليها فرصة مناقشة مواضيع يعتقد أن مناقشتها أجدى وأصلح للعلاج. وحينما يلاحظ المعالج أن هناك تغيرًا فى حالة سالى المزاجية يسألها عن التغير. وإذا كان مطابقًا فإنه يفهمها أن التغير الذى حصل نتيجة للتغير فى أفكار المريضة وتصرفاتها أكثر من مجرد تغير فى الظروف الخارجية.

(يعنى أنت شعرت بتحسن. بس مش عارفة ليه: لاحظت أى تغير فى

أفكارك الأسبوع ده؟ فى الحاجات اللى عملتيها)، وكذلك إذا لاحظ أن هناك تغيرًا للأسوأ. "ليه حسيت إنك أسوأ الأسبوع ده؟ ممكن يكون بسبب أفكارك أو بسبب حاجة عملتيها أو حاجة كان لازم تعمليها وما عملتيهاش؟. وبهذه الطريقة يدعم المعالج بطريقة غير ملحوظة مفهوم (النموذج المعرفي) ويلمح إلى أن المريضة يمكن أن تتحكم إلى حد ما (ومن ثم مسئوليتها) فى تحسنها.

إن المراجعة السريعة لحالة المريضة المزاجية والمراجعة السريعة للأسبوع الفائت يعطى عدة فرص للمعالج. فإنه يمكنه إظهار مدى اهتمامه بحالة مريضته فى الأسبوع الفائت، وأنه يمكنه مع المريضة رصد تقدمها فى العلاج، ثم إنه يمكنه التعرف على (ومن ثم يشجع أو يعدل) استبصار المريضة بتقدمها أو عدم تقدمها فى العلاج، ويمكنه كذلك تدعيم فكرة النموذج المعرفى لديها وكيفية رؤية المريضة للمواقف المختلفة وتأثير ذلك على حالتها المزاجية.

وعند مراجعة المقاييس الموضوعية، فعلى المعالج أن يتأكد من مراجعة البنود الفردية ليلاحظ التغيرات الإيجابية أو السلبية المهمة (على سبيل المثال التغير فى الأفكار الانتحارية أو اليأس).ويمكنه أن يسأل أيضًا عن أية معلومات إضافية غير موجودة فى المقاييس، والتى يمكن أن تكون لها علاقة بمشاكل المريضة الحالية (مثل عدد حالات نوبات الهلع عند مرضى اضطراب الهلع أو عدد أيام الشراهة عند مرضى النهام العصبي، أو عمل مقياس للغضب من صفر إلى ١٠٠ للمرضى الذين يعانون من مشكلة فى العدوانية وهكذا).

وإذا كانت المريضة تتعاطى دواء معينًا لمشكلتها فعليه مراجعة التزامها بالدواء، وإن كانت هناك أية مشاكل أو آثار جانبية أو أسئلة تتعلق بالدواء، وإذا لم يكن المعالج هو الذى وصف الدواء للمريضة فعليه - بعد استئذانها- أن يتصل بطبيبها بصورة دورية لتبادل المعلومات والاقتراحات. وعلى الرغم من أنه لا يجب على المعالج.. إذا كان غير الطبيب الذى وصف الدواء – أن يقترح تغييرًا فى العلاج الدوائى فإنه يمكن مساعدة المريضة للاستجابة لاقتراحات طبيبها

بتخفيف الدواء أو تغييره إذا لزم ذلك. ويمكنه أيضًا مساعدة المريضة على صياغة وكتابة أسئلة معينة عن الآثار الجانبية والجرعات والأدوية البديلة لكى يتأكد أن المريضة تحصل على هذه الإجابات من طبيبها.

وهو يوحى للمريضة بأنه على الرغم من أن تحسنها قد يكون راجعًا جزئيًا للأدوية فإن لها دورًا كبيرًا فى تحسن حالتها. وإذا لم تكن المريضة تتعاطى أى دواء فى حين يرى المعالج أن التدخل الدوائى ضرورى فعليه أن يصف لها الدواء إذا كان طبيبًا أو يشير عليها بطلب استشارة الطبيب.

التواصل مع الجلسة السابقة:

إن الهدف من هذا البند المختصر هو التعرف على إدراك وتفهم المريضة للجلسة السابقة؛ فمعرفة المريضة بأنها سوف تسأل عن الجلسة السابقة يحفزها للتحضير للجلسة الحالية بالتفكير فى العلاج طوال الأسبوع. وإذا لم تستطع المريضة تذكر ردود أفعالها أو النقاط المهمة فى الجلسة السابقة فعلى المعالج والمريضة أن يحلا هذه المشكلة حتى نستطيع أن نتذكر جيدًا محتويات الجلسة الحالية. فيمكن للمعالج مثلاً أن يقترح عليها أن تستخدم "استمارة التواصل بين الجلسات" لكى تعدها للجلسة القادمة سواء شفويًا أو كتابة (انظر شكل ٤-١).

استمارة التواصل بين الجلسات:

إن السؤال عن أى ردود أفعال إضافية عن الجلسات السابقة يمكن أن يكشف عن مردودات مهمة لم تعلن عنها المريضة سابقًا. وإذا تطلب أحد بنود الاستمارة أكثر من دقيقة أو دقيقتين يمكن أن يضع المعالج علامة عليه كبند إضافى من بنود الأجندة. إن هذا التواصل من الجلسة السابقة يساعد فى تأهيل المريضة للعملية العلاجية موجهًا إليها بأنها مسئولة عن مراجعة مكونات كل جلسة لتخبر المعالج إن كانت قد تضايقت من أى شيء فى الجلسة أو فى المعالج.

١- ما أهم ما تحدثنا عنه فى الجلسة السابقة؟ ماذا تعلمت؟ (١-٣ جمل)
٢- هل هناك أى شيء ضايقك فى الجلسة السابقة؟ أى شيء متردد فى قوله
٣- كيف كان أسبوعك ؟ كيف كانت حالتك المزاجية بالمقارنة بالأسابيع الأخرى؟ (١-٣ جمل)
٤- هل حدث شيء فى هذا الأسبوع يستوجب المناقشة؟ (١-٣ جمل)
٥- ما المشاكل التى تريد وضعها فى هذه الأچندة (١-٣ جمل)
٦- ما الواجب الذى عملتيه أو لم تعمليه، وماذا تعلمت؟

الشكل(٤-١) استمارة التواصل بين الجلسات

المعالج: وبعدين، أنا عاوزك تعملى جسر بين الجلسة الماضية والجلسة دي. وحنعمل كده فى كل جلسة، أولاً إيه اللى أخذتيه من الجلسة الماضية؟ إيه الشيء المهم؟

المريضة: نعم. حاجتين، أفتكر إنى استريحت لما قابلتك وعرفت أشياء عن العلاج المعرفى ولما عرفت إنى عندى اكتئاب ومش مجنونة. والحاجة الثانية هى إزاى لما أفكر فى حاجة بتأثر على مشاعري.

المعالج: كويس. دلوقت سؤال ثاني.فيه أى حاجة ضايقتك فى الجلسة الماضية؟

المريضة- لا.. أعتقد إنها كانت كويسة.

وإذا ذكرت المريضة أى شيء ضايقها فى الجلسة الماضية، يمكن للمعالج اكتشافه مع المريضة فى الحال أو يضع ذلك فى (الأچندة) العلاجية، وكذلك إذا لم تستطع المريضة تذكر أى شيء من محتويات الجلسة السابقة يمكن للمعالج أن يسألها (أنت فاكرة إحنا أتكلمنا عن العلاقة بين التفكير والمشاعر؟) أو يمكن أن يقول (إيه رأيك لو راجعنا ثانى النموذج المعرفى فى أچندة اليوم؟).

وكما سبق أن ذكرنا يمكنه أيضًا أن يشير إلى أنه على المريضة أن تتحمل المسئولية من الآن فصاعدًا عن تذكر ما يجرى فى الجلسات متسائلاً (إيه اللى ممكن تعمليه الأسبوع الجاى علشان تفتكرى اللى اتكلمنا فيه النهارده؟).

ولاحظ أن السبب الرئيسى فى فشل المريضة فى تذكر محتوى الجلسات هو فشل المعالج فى تشجيع المريضة على كتابة النقاط المهمة أثناء الجلسة نفسها.

إعداد جدول الأعمال (الأچندة):

بصفة عامة يتحمل المعالج العبء الأكبر فى إعداد الأچندة فى مراحل العلاج المبكرة ثم يحول العبء بالتدريج إلى المريضة، وأنه من المهم أن تتعلم المريضة مهارات إعداد الأچندة بنفسها حتى تستمر فى العلاج الذاتى بعد انتهاء مدة العلاج (الفصل الخامس عشر).

المعالج: دلوقت هنحضر الأچندة لليوم، إحنا ذكرنا امتحانك و مشكلتك مع زميلتك فى السكن وكمان عاوز أتكلم عن التحسن وشويه عن الأفكار التلقائية، وطبعا حاراجع الواجب، فيه أى شيء ثانى؟

المريضة: لا.. أعتقد لا.

المعالج: دى أچندة طموحة شوية، إذا الوقت ماكفاش نقدر نكملها الأسبوع الجاي؟ (مساعدًا المريضة لترتيب أولوياتها)

المريضة: أنا أتهيأ لى مشكلتى مع زميلتى ممكن تتأجل للأسبوع الجاي.

المعالج: ماشى .. حنخليها فى آخر الأچندة. وحنحاول نتكلم فيها، وإذا ماقدرناش حنأجلها للأسبوع الجاى، لأنها كمان مهمة وغالبًا ما يحتاج المرضى إلى بعض التشجيع فى البداية لاقتراح مواضيع الأچندة. فربما لا يكونون على وعى كامل بما يؤرقهم، أو ربما يكونون غير متأكدين من المواضيع المناسبة. وعلى المعالج مساعدة المريضة ذكر المشاكل التى تحتاج إلى

حلها. (إيه المشكلة أو المشاكل اللى هنركز عليها النهارده؟)

(إيه اللى هنحطه فى الأچندة علشان نساعدك فيها النهارده؟)

(هنشتغل فى إيه النهارده؟).

وإذا كانت هناك بنود كثيرة فى جدول الأعمال (الأچندة) يعمل المعالج والمريضة معا على ترتيب الأولويات حسب الأهمية وكذلك الوقت المطلوب لتغطية كل بند، وتأجيل بند أو أكثر للأسبوع القادم إذا لزم الأمر.

إنه من المهم أن نلاحظ أن المعالج ليس عليه أن يلتزم التزامًا تامًا بالأچندة فى كل الأوقات، وفى الواقع تحت ظروف معينة يجب على المعالج ألا يتبع الأچندة، وإذا فعل ذلك ينبغى أن يجعل هذا الخروج عن الأچندة واضحًا وصريحًا، وعليه أخذ موافقة المريضة.

المعالج: سالى.. أنا شايف إنك لسه مشغولة بحكاية الامتحان، لكن الوقت قرب ينتهى، تيجى نقضى الوقت الباقى فى مناقشتها ونأجل بقية البنود للأسبوع الجاى أو ناخد كمان خمس دقائق فيها وبعدين يكون عندنا شوية وقت علشان نناقش علاقتك مع زميلتك فى السكن.

المريضة: أفتكر مشكلة زميلتى ممكن تتأجل للأسبوع الجاى.

المعالج: ماشى.. خلينى أكتب الكلام ده وبعدين نرجع لموضوع الامتحان.

ويمكن للمعالج أن يقترح تغيرًا فى كيفية قضاء الوقت فى أثناء الجلسة لأسباب كثيرة؛ فمثلاً - وكما فى الحوار السابق - فإن المريضة قد تكون قلقة جدًا بشأن موضوع معين ونحتاج إلى وقت أطول لمناقشته. أو قد يظهر موضوع جديد له علاقة بالموضوع، أو تكون حالة المريضة المزاجية قد تحولت إلى الأسوأ خلال الجلسة.

وعلى المعالج أن يوجه المريضة بعيدًا عن المواضيع الجانبية وغير

المدرجة على قائمة الأچندة، والتى لا تساعد كثيرًا فى عملية تقدم العلاج. وهناك استثناء جدير بالذكر حينما يقحم المعالج المريضة عمدًا فى محادثة عرضية بهدف معين (وعادة ما تكون محادثة مختصرة). فمثلاً يمكن للمعالج أن يسأل عن فيلم قد شاهدته المريضة حديثًا أو يسأل عن أسرتها أو يسأل عن بعض الأحداث الجارية لإيقاظ مشاعرها أو تسهيل عملية التواصل أو تقييم وظائفها المعرفى أو مهاراتها الاجتماعية.

مراجعة الواجب المنزلى:

أكدت الدراسات أن المرضى الذين يعملون واجبًا منزليًا بانتظام يظهرون تحسنًا أفضل من الذين لا يعملونه (Persons et al;1988;Niemeyer & Feixas,1990

ومراجعة الواجب المنزلى عند كل جلسة يدعم هذا السلوك، ويؤكد قيمة ما بين الجلسات. ومن تجاربنا وجدنا أنه إذا لم يراجع الواجب المنزلى بانتظام يبدأ المريض بالاعتقاد بأنه غير مهم، ويقل الاهتمام به بصورة درامية. وفى بعض الأحيان تكون مراجعة الواجب قصيرة جدًا، وفى أحيان أخرى قد تستغرق الجلسة كلها وخصوصا إذا كانت المواضيع التى يراد مناقشتها موجودة فى الواجب المنزلى (سوف يناقش الواجب المنزلى بالتفصيل فى الفصل الرابع عشر) وفى التالى عن كيف يمكن للمعالج أن يراجع الواجب المنزلي.

المعالج: وبعدين فى الأچندة الواجب المنزلي.. إيه اللى عملتيه؟

المريضة: أنا قرأت الكتيب اللى أعطيته لي.

المعالج: يا ترى جبتيه معاك؟ ممكن تطلعيه وتقولى لى إيه اللى اتعلمتيه وتعتقدى أنه مهم؟ (ويقضى المعالج والمريضة بعض الوقت لمناقشته) عندك أى سؤال ثانى عن أى حاجة؟ فيه أى حاجة ثانية مش واضحة، أو حاسة أنها مش منطقية أو صعبة عليك؟

المريضة: لا.. بالنسبة للكتيب أعطانى بعض الأمل.

المعالج: كويس.. كان فيه واجب ثاني.. إنك تشوفى أفكارك التلقائية لما مزاجك يتغير.

المريضة: الحقيقة أنا حاولت، بس ما أفتكرش إنى دائمًا بأعرف أنا بأفكر فى إيه.

المعالج: معلهش.. إحنا حانتكلم عن الأفكار التلقائية فى كل جلسة لغاية نهاية العلاج، علشان واجب الأسبوع ده. هل كنت بتقدرى تتعرفى على أفكارك التلقائية لما كانت حالتك المزاجية بتتغير.

المريضة: نعم.. أفتكر كده بس ما كتبتش حاجة.

المعالج: إيه كان الموقف؟

المريضة: كنت قاعدة فى الفصل وفجأة حسيت إنى قلقانة جدا.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك.

المريضة: فكرت أن الامتحان بيقرب ومفيش أية طريقة علشان أكون مستعدة له.

المعالج: كويس.. خلينى اكتب الكلام ده.. ممكن نرجع بعدين للأفكار دى لما نتكلم عن الامتحان.

المريضة: أيوه.

المعالج: فيه أى أفكار تلقائية أخذت بالك فيها الأسبوع ده؟

المريضة: فى الحقيقة لا.

المعالج: خلينا نشوف بقية الواجب..يا ترى أضفت أية أهداف جديدة لقائمة الأهداف؟

المريضة: لا.. أنا بصيت فيها بس ما فكرتش فى أى حاجة ثانية.

المعالج: تمام.. خلى نسختك معاك، ولو فكرت فى أى حاجة ثانية تحبى تضيفيها، خلينى أعرف. وعملت إيه مع تذكير نفسك إن الشغل صعب علشان أنت مكتئبة مش علشان كسلانه؟

المريضة: كويسة شوية.. أنا مسكت نفسى بعض المرات، وفكرت بالطريقة دى.

هنا ينوى المعالج مراجعة كل التزامات الواجب المنزلى خلال الجلسة، ولذا فقد حدد الأفكار التلقائية المتعلقة بالامتحان لمناقشتها فيما بعد فى الجلسة العلاجية. وليس المعالج مضطرًا إلى مراجعة الواجب المنزلى منفصلاً عن بقية بنود الأچندة. وفى الواقع، فإن معظم المعالجين المحترفين يدمجون مراجعة الواجب المنزلى مع مناقشة مواضيع الأچندة.

ولكن المعالج المبتدئ عليه دائمًا أن يتذكر أين هو من الجلسة وما هو باق للمناقشة، وأنه لمن الأسهل أن نلتزم بالبنيان الظاهر ونحدد الأشياء التى يمكن مناقشتها فيما بعد، وأنه لمن الأسهل لهذا المعالج على سبيل المثال أن يناقش الامتحان، ولكنه سوف يخفق فى مراجعة بقية الواجب المنزلي.

مناقشة مواضيع الأچندة وإعداد واجب منزلى جديد وملخصات دورية:

فى أغلب الأحيان يسأل المعالج المريضة عن أى مواضيع الأچندة تفضل أن تبدأ بها، وبذلك يساعد المريضة أن تكون أكثر فاعلية واعتدادًا بالنفس وتحملاً للمسئولية. وفى أحيان أخرى يأخذ المعالج زمام المبادرة فى اختيار المواضيع التى يبدأ بها وخصوصًا إذا رأى أن اختياره لموضوع ما من مواضيع الأجندة سوف يؤدى إلى تقدم كبير خلال الجلسة.

(إيه رأيك نبدأ بمناقشة موضوع العمل المؤقت؟)

ويمزج المعالج أهدافه العلاجية كلما وجد ذلك مناسبا مهما كان الموضوع

المطروح للمناقشة؛ ففى هذه الجلسة الثانية، لا يطمح المعالج فقط إلى مساعدة سالى فى حل مشاكلها، ولكنه أيضًا يطمح إلى:

١. ربط المواضيع بالأهداف العلاجية لسالي.
٢. تدعيم النموذج المعرفي.
٣. الاستمرار فى تعليم سالى على التعرف على أفكارها التلقائية.
٤. المساعدة فى التخفف من بعض الأعراض من خلال مساعدة سالى للاستجابة إلى مشاعر القلق لديها.
٥. وكالعادة الحفاظ على بناء العلاقة العلاجية من خلال التفهم الدقيق.

البند رقم (١) فى الأچندة:

المعالج: كويس.. خلينا ناخد نظرة على الأچندة، تفتكرى نبدأ منين؟ ممكن نختار هدف نشتغل فيه نتكلم عن امتحانك، أو نتكلم عن التحسن.

المريضة: افتكرفى امتحاني، أنا حقيقى مشغولة به.

المعالج: فى الحقيقة ده مناسب علشان هدفين أساسيين فى علاجك. مش كده؟ تحسن درجاتك وتقليل التوتر بسبب الدراسة.

المريضة: آه.

المعالج: كويس.. ممكن تعطينى ملخص سريع على اللى حصل الأسبوع ده؟ قد إيه ذاكرتى؟ إيه اللى حصل فى تركيزك.

المريضة: أنا نويت أذاكر كل الوقت لكن كل مره أقعد فيها للمذاكرة، أحس إنى عصبية، أحيانًا أحس أن مخى ما بيشتغلش، وأضطر أقرأ الصفحة كذا مرة.

المعالج: هو الامتحان إمتى؟ وحيغطى كام فصل تقريبا (وبهذا يحصل على معلومات أكثر ليستطيع أن يساعدها على حل المشكلة والتعرف على أى تشوش فى أفكارها).

المريضة: هو بعد أسبوعين، وأعتقد أنه حيغطى الفصول الخمسة الأولى.

المعالج: وقد إيه ذكرتى.. ولو مرة واحدة.

المريضة: حوالى ٣ فصول.

المعالج: ويا ترى لسه فيه حاجات فى الفصول دى مش فاهماها؟

المريضة: حاجات كثيرة.

المعالج: يعنى باختصار، عندك امتحان بعد أسبوعين، وأنت قلقانة علشان مش مذاكرة المادة كويس.

المريضة: مظبوط.

فى هذا الجزء الأول، يسأل المعالج عن مراجعة شاملة للمشكلة، وبمهارة يعطى نموذجًا للمريضة عن كيفية عرض مشكلتها بصورة واضحة ومحددة، وبعد ذلك يساعدها على التعرف على أفكارها التلقائية بجعلها تتذكر موقف معين.

المعالج: ممكن تتذكرى موقف معين الأسبوع ده، لما فكرت فى المذاكرة أو حاولت تذاكرى والقلق زاد خالص.

المريضة: طبعًا أكيد.. الليلة اللى فاتت.

المعالج: كانت الساعة كام؟ وكنت فين بالضبط؟

المريضة: كانت الساعة سابعة ونص.. وكنت رايحه للمكتبة.

المعالج: ممكن تتصوريها فى مخك دلوقت؟ كانت الساعة سابعة ونص وأنت رايحة للمكتبة، إيه اللى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: لو أنا سقطت فى الامتحان؟ لو أنا فشلت فى المساق ده، يا ترى حا قدر أعدى السنة (الترم) دي؟

المعالج: كويس.. يعنى كنت قادرة تتعرفى على أفكارك التلقائيـــة وإزاى الأفكـــار سببت لك القلق؟

المريضة: جدًا.

المعالج: ما وقفتيش وسألتى نفسك.. طيب ولو نجحت؟ ممكن أعدى المساق كلــه.. ممكن أدخل فى المساق الجاى وأنا مستعدة أكثر (هنا يستغل المعالج هــذه المشكلة لتدعيم النموذج المعرفى قبل الدخول فى حل المشكلة)

المريضة: لا.

المعالج: إيه اللى كان ممكن يحصل فى مزاجك لو فكرت كده؟

المريضة: لو أنا اعتقدت كده، كنت هاشعر أنى أحسن.

المعالج: خلينى أكلمك أكثر عن الأفكار التلقائية. إحنا بنسميها "تلقائية" علشان هــى بتدخل فجأة فى مخك ومعظم الوقت أنت ما تكونيش واعيــة بيهــا. أنــت بتكونى واعية بالقلق أو الحزن اللى بتسببها، وحتى لو كنت واعية بيهـا، أنت ما بتفكريش تراجعيها إن كانت صح أو لأ. أنت بتقبليها كأنها صـــح. اللى حا تتعلميه هنا هو إنك إزاى تتعرفـــى علـــى الأفكـــار دي.. وإزاى تراجعيها وتشوفى إذا كانت هى صحيحة مية فى الميـــة أو فيهـــا شـــوية تشويش. دلوقت خلينا نبص على أول فكرة مع بعض. إيه الدليل على أنك حتفشلى فى الامتحان؟ (وهذه بداية تقييم الأفكار التلقائية).

المريضة: أنا مش فاهمة كل حاجة كويس.

المعالج: فيه دليل ثاني؟

المريضة: لا.. بس الوقت بقى ضيق جدا

المعالج: طب فيه أى دليل إن ممكن ما تفشليش؟

المريضة: أنا عملت كويس فى الاختبار الأول.

المعالج: فيه حاجة ثانية؟

المريضة: أنا فهمت الفصلين الأوليين أكثر من الثالث، هو الفصل الثالث ده. اللى أنا عندى مشكلة معاه.

المعالج: إيه اللى ممكن تعمليه علشان تدرسى الفصل الثالث كويس؟ (بداية العمل على حل المشكلة، معطيًا المريضة الأولوية فى الكلام).

المريضة: أقدر أقرأه ثاني، ممكن أبص فى كراس المحاضرات؟

المعالج: أى حاجة ثانية؟

المريضة: (تتردد) مش قادرة أفكر فى أى حاجة ثاني. ممكن.. يفترض أنى أسأل مساعد المدرس، أو الشاب اللى ساكن تحت واللى خلص الكورس ده السنة اللى فاتت.

المعالج: دا كويس خالص، دلوقت إيه رأيك فى توقعاتك إنك حتفشلي؟

المريضة: أنا اتهيأ لى أعرف بعض المدرسين، أنا ممكن أطلب منهم المساعدة

المعالج: ودلوقت حاسة بأيه؟

المريضة: أقل قلقًا على ما أظن

المعالج: كويس.. علشان نلخص.. إن كان عندك أفكار تلقائية كثيرة الأسبوع ده خليتك تشعرى بالقلق وخصوصا لما تبطلى تقيمى الأفكار دى بالعقل، فيه حاجات كثيرة ممكن تخليكى تنجحى ، لما بصيت على الأدلة، وجاوبت على الأفكار دي. بتحسى إنك أحسن.. مظبوط؟

المريضة: ده صحيح.

المعالج: دلوقت نقدر نقول إن التعرف على الأفكار التلقائية ومراجعتها مهارة لازم

تتعلميها، زى ما بتتعلمى إزاى تسوقى أو تكتبى على الآلة الكاتبة.. ممكن تلاقيها صعبة فى الأول.. لكن مع التمرين حاتبقى أحسن وأحسن. وأنا حأعلمك عن الحكاية دى فى الجلسات الجاية.. دلوقت اللى عاوزك تعمليه الأسبوع ده هو أنك تحاولى تتعرفى على بعض الأفكار. ممكن ما تكونيش شاطرة قوى فى الأول، لكن ما تخافيش.

المريضة: حا حاول.

المعالج: كلمه ثانية على الكلام ده، لما تسجلى بعض الأفكار التلقائية فكرى أن ممكن الأفكار دى ممكن تكون صح وممكن تكون غلط، وإلا فإن كتابتها بس كده بدون محأولة تقييمها ممكن تخليك أسوأ.

المريضة: ما شى.

المعالج: أحسن نكتب بعض اللى قلناه دلوقت.(هنا يكرر المعالج الطلب).. وفى أثناء الكتابة، إن كان فيه واجب منزلى من الأسبوع الماضى وعاوزه تستمرى فيه الأسبوع ده. ممكن كان أنك تكونى عاوزة تضيفى خطة جديدة لامتحانك (انظر شكل٤-٢)

فى هذا الجزء ينجز المعالج عدة أشياء فى نفس الوقت. فهو يناقش بند من بنود الأجندة ذات الأهمية بالنسبة للمريضة، ويحاول الوصول إلى الأهداف العلاجية، ويعلمها عن الأفكار التلقائية، ويساعدها على التعرف عليها وتقييمها وكيفية التجاوب مع الأفكار الضاغطة، ويسهل علاج الأعراض بتخفيف قلق المريضة، ويعطى واجبا منزليا جديدًا، وينبه المريضة أن تكون لديها توقعات واقعية عند تعلم مهارات جديدة.

(سوف نتناول فى الفصل السادس والثامن بالتفصيل كيفية تعليم المرضى الأفكار التلقائية وكيفية تقييمها).

البند رقم (٢) فى الأچندة:

فى الجزء التالى يعطى المعالج للمريضة بعض المعلومات عن سير التحسن، وكلما انتهى من جزء من الجلسة يقوم بتلخيصه أولا.

المعالج: كويس.. إحنا دلوقت اتكلمنا عن الفصل الدراسى الأول، وإزاى إن أفكارك التلقائية خلتك قلقة، وعطلت حل المشكلة، وبعدين عاوزين نتكلم فى خط سير التحسن، إذا كان ده يناسبك.

المريضة: أكيد.

المعالج: أنا مبسوط إنك اليوم أقل اكتئابًا، وأتمنى أن تستمرى فى التحسن.. لكن ما تتوقعيش إنك حا تشعرى بالتحسن ده كل أسبوع لغاية ما ترجعى طبيعية. لازم تتوقعى إنك مرات حتكونى أحسن وساعات لأ. أنا ليه بقولك الكلام ده؟ تخيلى نفسك حتشعرى بإيه لو كنت فاكرة إنك باستمرار حتشعرى بتحسن وبعدين لقيتى نفسك أسوأ؟

المريضة: ساعتها حا فقد الأمل تمامًا.

المعالج: دا صحيح. علشان كده عاوزك تتذكرى دائمًا إنه ممكن حالتك تتراجع. والتراجع ده جزء من مسيرة التحسن. إيه رأيك تكتبى حاجة من الكلام ده؟.

(انظر الفصل الخامس عشر حيث توجد مناقشة موسعة عن تجنب الانتكاسات وبيان مصور عن المسار الطبيعى للعلاج.)

١. حينما ألاحظ تغيرًا فى حالتى المزاجية، أسأل نفسي، ما الذى يجرى بداخل رأسى الآن، وأدون كل الأفكار التلقائية (والتى يمكن أو لا يمكن أن تكون صحيحة تمامًا، أحاول عمل ذلك على الأقل مرة يوميًا.
٢. إذا لم أستطيع تصور أفكارى التلقائية، أدون فقط الموقف وأتذكر.. أن تعلم التعرف على أفكارى هى مهارة تتحسن بالتمرين مثل الطباعة.
٣. أسأل رون ليساعدنى فى فهم الفصل الخامس فى كتاب الاقتصاد.
٤. أقرأ النوتة العلاجية.
٥. الاستمرار فى الجري، السباحة.. الخطة (٣) عمل نشاط مع جين (زميلة السكن).

الشكل(٤ - ٢) واجب سالى المنزلى (الجلسة ٢)

الملخصات الدورية:

يعمل المعالج نوعين من التلخيص خلال الجلسة. النوع الأول هو ملخص سريع عن اكتمال جزء من الجلسة، وهكذا فهو والمريضة يكون لديهما فهم واضح لما أنجزاه وما الذى سوف يفعلانه بعد ذلك.

المعالج: كويس.. دلوقت كده خلصنا الكلام عن مشكلة أنك تلاقى الوقت والحافز علشان تبدأى تجرى وتسبحي واتفقنا أنك تجرى مرتين الأسبوع ده على سبيل التجربة وبعدين ممكن نرجع للواجب اللى عملتيه الأسبوع ده، وهو محاولة التعرف على أفكارك التلقائية؟

ونوع آخر من التلخيص هو تلخيص محتوى ما قدمته المريضة. هنا يحاول المعالج أن يلخص جوهر عبارات المريضة، ولكنه يحاول ذلك بكلماتها هي. فغالبا ما يشرح المرضى بتفصيل شديد، ويلخص المعالج ليؤكد أنه قد فهم

بدقة ما تعانى منه المريضة من متاعب وليقدمها بطريقة أكثر دقة ووضوح لكليهما، وكذلك إظهار النموذج المعرفى مرات ومرات. وهو يستعمل كلمات المريضة نفسها بقدر الإمكان لكى يوصل الفهم الصحيح، ولكى تبقى المشكلة الأساسية واضحة فى ذهنها.

المعالج: خلينى أتأكد، أنى فهمت، أنت فكرت فى أنك تشتغلى شغل مؤقت، لكنك فكرتى (أنا عمرى ما حا أقدر عليه) والأفكار دى خلتك حزينة جدًا حتى إنك قفلت الجريدة ورحت تنامى وبكيت لمدة نصف ساعة.. مضبوط؟

وأما إذا عبر المعالج عن أفكار المريضة بأفكار تقريبية، ولم يستطع تذكر كلماتها الحرفية (زى ما يكون أنت ما كنتيش متأكدة أنك حتشتغلى كويس لو لقيتى عمل مؤقت) فإنه بذلك يجعل الأفكار التلقائية والمشاعر أقل قوة، وبالتالى فإن التقييم يكون أقل فاعلية، وأن التلخيص باستخدام كلمات المعالج يجعل المريضة تعتقد أنها لم تفهم جيدا بواسطة المعالج.

المريضة: لا.. مش كده. مش أنى ممكن ما أعملش كويس لا.. أنا خايفة أنى ما أقدرش عليه خالص.

الملخص النهائى والمردود:

وبعكس ما سبق يمتنع المعالج عن تفعيل الأفكار السلبية، والتى تسبب ضغطًا على المريضة فى التلخيص النهائي. وهنا يهدف المعالج؛ لأن يجعل النقاط الرئيسية التى نوقشت خلال الجلسة واضحة تماما وبلمسة نهائية، ولأن هذه جلسات أولية فينبغى على المعالج نفسه أن يقوم بالتلخيص. ومع تقدم المريضة فى العلاج يمكنها أن تقوم هى بهذا العمل، ويكون التلخيص أكثر سهولة إذا كانت المريضة قد كتبت ملاحظات قد غطت معظم النقاط. وفى السياق التالى مثال واضح لعمل الملخص واستيضاح المردود.

المعالج: كويس.. دلوقت فاضل لنا دقائق، خلينى ألخص اللى غطيناه النهارده وبعدين حاسأل عن رد فعلك على الجلسة.

المريضة: ماشي

المعالج: واضح أن عندك بعض الأفكار المتفائلة الأسبوع ده، وبالتالى كنت أقل اكتئابًا، لكن قلقك زاد وده لأنك افترضت توقعات سلبية عن الامتحان. ولما راجعنا الدلائل على إمكانية رسوبك. طلعت مش مقتنعة وأنت ذكرت شوية استراتيجيات كويسة تساعدك فى المذاكره وحتبدأى فى بعضها من النهارده لغاية الجلسة الجايه. وكمان قلنا حتفكرى نفسك بإيه لو حصل أى تدهور فى مزاجك وبعدين اتكلمنا عن التعرف وعن تقييم أفكارك التلقائية ودى زى ما قلنا مهارة حنفضل نتدرب عليها طول مدة العلاج. هو ده كل اللى قلناه؟

المريضة: أيوه.

المعالج: فيه أى حاجة النهارده قلتها، ضايقتك؟ أى حاجة تفتكرى إنى عملتها غلط؟

المريضة: أنا بس قلقانه شويه إنى ممكن أنتكس.

المعالج: كويس.. أى انتكاسة ممكنة.. ولو لقيتى نفسك أسوأ خالص ممكن تتصلى بى حتى قبل موعدنا الجاي.. و من الناحية الثانية ممكن الأسبوع الجاى تبقى أحسن بكثير.

المريضة: أتمنى كدة.

المعالج: إيه رأيك نحط كلمة (الانتكاسة) على أجندة الأسبوع الجاى؟

المريضة: أنا اتهيأ لى كدة.

المعالج: فيه أى حاجة ثانى مضايقاكي؟ أو فى حاجة كانت ظاهرة قوى فى جلسة اليوم؟

المريضة: لا.. باستثناء إنى ما كنتش مدركة بوضوح قبل كده، إيه اللى ممكن أعمله علشان أذاكر كويس.

المعالج: هنتكلم فى الموضوع ده أكثر الأسبوع الجاي: (إيه الأفكار اللى كسبتيها علشان تقدرى تكونى قادرة على حل مشاكلك بنفسك)، كويس؟.. أشوفك الأسبوع الجاى.

وإذا شعر المعالج أن المريضة لم تعبر عن رد فعلها تجاه الجلسة أو إذا قدر أن المريضة قد تغادر الجلسة بدون فهم صحيح لما تعلمته فربما يسألها أن تكتب تقريرا كاملاً عن العلاج سواء كان شفهيًا أو كتابيًا (انظر الشكل ٣-٣).

الجلسة الثالثة وما بعدها:

إن الجلسات التى تلى الجلسة الثانية تبقى دائمًا على نفس الشكل أو البنيان. ويتغير المحتوى على حسب مشكلات المرضى وأهداف المعالج. وفى هذا الفصل سوف نتناول الخطوط الرئيسية لمسار العلاج عبر الجلسات، ويوجد وصف تفصيلى للتخطيط العلاجى فى الفصل السادس عشر.

وكما ذكرنا سابقًا يقود المعالج مريضته فى اقتراحات بنود الأچندة، ويساعد المريضة على التعرف وتصحيح الأفكار التلقائية، ويصمم مهمات الواجب المنزلى ويقوم بتلخيص الجلسة. وكلما تقدم العلاج يكون هناك انتقال تدريجى للمسئولية، ومع اقتراب نهاية العلاج تستطيع المريضة بنفسها أن تقرر كل بنود الأچندة، مستخدمة أساليب مثل (سجل الأفكار المعطلة) (انظر الفصل التاسع) لكى تقيم أفكارها، وتصمم واجبها المنزلى بنفسها، وتلخص الجلسات أيضًا.

وهناك تحول تدريجى آخر من التأكيد على الأفكار التلقائية إلى التركيز على الأفكار والمعتقدات التحتية (انظر الفصل العاشر والحادى عشر). وكذلك تحول على التركيز النسبى على التغيرات السلوكية وإن كان بطريقة غير محسوبة. ويشجع المرضى المكتئبين من البداية على جدولة نشاطاتهم، وعلى أن يكونوا أكثر نشاطًا. (انظر الفصل الثانى عشر) (قد لا يستطيع المرضى الشديد والاكتئاب التركيز على الوظائف المعرفية، ويركز المعالج على تنشيطها سلوكيًا حتى تخف

عندهم درجة الاكتئاب ثم يسمح لهم بالأعمال المعرفية).

ويعود المعالج إلى التأكيد على التغيرات السلوكية من أجل أن تستطيع المريضة اختبار أفكار أو معتقدات معينة أو تمارس مهارات جديدة مثل مهارة توكيد الذات (انظر الفصل الثانى عشر) وعند اقتراب نهاية العلاج يتوجب تحول آخر وهو إعداد المريضة لانتهاء العلاج، وكذلك تجنب الانتكاسة (انظر الفصل الخامس عشر).

وينبغى أن يتذكر المعالج جيدًا مرحلة العلاج حينما يخطط لجلسة ما. وكما ذكرنا فى الفصل الثانى يستمر المعالج فى استخدام (تصوره للمريض) ليقود العلاج. وعلى المعالج أن يدون بنود الأجندة فى ورقة العلاج (٤-٣) قبل الجلسات، ويمكنه التخلص من بعض البنود إذا كان ذلك ضروريًا. وكما يجب على المريضة أن تعد تقريرًا عن حالتها المزاجية مع مراجعة مختصرة للأسبوع الفائت، وتحديد مواضيع الأجندة. كذلك على المعالج صياغة أهداف العلاج فى ذهنه لكل جلسة. على سبيل المثال فى الجلسة الثالثة تكون أهداف المعالج هى البدء فى تعليم سالى بطريقة منظمة كيفية تقييم أفكارها التلقائية والاستمرار فى جدولة نشاطاتها السارة. وفى الجلسة الرابعة يحاول المعالج أن يساعد سالى على حل بعض مشاكلها فى إيجاد عمل مؤقت والتعامل مع أفكارها المعطلة. ويعمل المعالج باستمرار على تطابق أهدافه العلاجية مع بنود أچندة سالي؛ أى يعلمها النموذج المعرفى ومهارة حل المشاكل من خلال البنود التى تقترحها.

وهذا الخليط من مساعدة المريضة على حل مشاكلها مع التعامل مع الأفكار التلقائية يسمح للمعالج والمريضة بمناقشة موضوع أو موضوعين بعمق من مواضيع الأچندة فى الجلسة الواحدة.

ولكى يتضح للمعالج تصوره(تكوين المفهوم) عن المريض، ولكى يحتفظ بخط من التواصل بين ما تم تغطيته فى الجلسة وما سوف يناقش فى الجلسة القادمة ينبغى على المعالج أن يدون ملاحظاته فى أثناء الجلسة انظر الشكل (٤-٣).

ويحتفظ كذلك بنسخة من ملاحظات المريضة، وأنه من المفيد أن يـدون المعـالج المشكلة أو المشكلات التى نوقشت، وكذلك الأفكار والمعتقدات (تكتب حرفيًا) التى طرحت، وإلى أى درجة تؤمن بها المريضة. والتدخلات، العلاجية التى حدثت فى الجلسة والاتجاهات النسبية التى حققتها هذه التدخلات. وكذلك الأفكار الجديدة التى أعيد تنظيمها، والمعتقدات الصحيحة، ودرجة اقتناعها بهـا، والواجـب المنزلـى، والمواضيع التى ستناقش فى أجندة الجلسة القادمة. وحتى المعالج المحترف قد يجد صعوبة فى تذكر كل هذه البنود إذا لم يتم تدوينها.

والفصول التالية سوف تناقش المشاكل المتعلقة باتباع الهيكـل أو الشـكل الموصوف.. وأما الفصل السادس عشر فقد حدد الخطوط العريضة لجلسة علاجية مبكرة، ووصف باختصار العلاج عبر الجلسات؛ فيصف بالتفصيل كيـف نخطـط للعلاج قبل الجلسات وخلال الجلسات وعبر الجلسات.

مذكرات العلاج

اسم المريضة: سالى **التاريخ:** ٣/١٥ **رقم الجلسة:** ٧

العلامات الموضوعية: اختباريك للاكتئاب =١٨، اختبار بيك للقلق=٧..
مقياس اليأس=٩

أجندة المريض: مشكلة فى ورقة الإنجليزى.

أهداف المعالج: الاستمرار فى تطوير التفكير المثالي، التقليل من القلق وتجنب المشاركة فى الصف

أهم عناصر الجلسة:

١. كانت أقل اكتئابًا وقلقًا هذا الأسبوع

٢. (الموقف/ المشكلة) الأفكار التلقائية المشاعر

تقديم ورقة الإنجليزى غدًا _______ليست بالجودة الكافية ________قلق

التدخل العلاجي ______سجل الأفكار المعطلة_ ملحق_ النتيجة__ تخفيف القلق

٣. اعتقاد قديم (إذا لم أحصل على درجة (A) أنا لا أعتبر ذلك نجاحًا ٩٠% (قوة الاعتقاد)

التدخل العلاجى ١ نصيحة لدونا (صديقة)

النتيجة: ٨٠% (قدرت قوة الاعتقاد)

التدخل العلاجى ٢ الدور المنطقي_ العاطفى _ لعب

النتيجة: ٦٠% (قدرت قوة الاعتقاد)

اعتقاد جديد: أنا لا أحتاج إلى كل التقديرات (A) لكى أنجح (٨٠%)

٤. كتابة شرح المدرس.. وتشجيعها على طرح الأسئلة باستمرار

الواجب المنزلى (إذا كانت المريضة قد كتبت الواجبات على ورقة طابعة تؤخذ نسخة وتلحق ولا داعى للكتابة هنا).

- قراءة المذكرات العلاجية والتفكير فى المعتقدات القديمة والجديدة عن النجاح.
- قائمة التقديرات.
- قضاء ساعة إضافية لتحسين ورقة الإنجليزى.

الجلسة القادمة أو الجلسات المستقبلية:

انظرى كيف أن التفكير المثالى يؤثر على جوانب الحياة الأخرى.

شكل ٤ – ٣ مذكرات العلاج

الفصل الخامس

مشاكل متعلقة بشكل الجلسة العلاجية

تنشأ المشاكل دائمًا فى أثناء تصميم الجلسة. وحينما يكون المعالج واعيًا بمشكلة ما؛ فعليه أن يحددها أولاً، ثم يتصور كيف نشأت المشكلة، ثم يفكر فى حل لا يعكر صفو العلاقة العلاجية.

والصعوبة الشائعة التى تؤثر فى الحفاظ على شكل أو بنيان الجلسة كما هو مقرر لها هى فشل المعالج فى تهيئة المريضة لعملية العلاج بصورة كافية. وعلى المعالج هنا أن يحسن من مهاراته فى عملية التهيئة، أو عليه أن يراجع ويقاوم أفكاره التلقائية عن هيكلة الجلسات. وإنه لمن المهم للمعالج أن يدرك أن مريضة حديثة العهد بالعلاج المعرفى لن تعرف مقدمًا أن معالجها سيطلب منها أن تعطى تقريرًا عن الأسبوع الماضى أو تصف مشاعرها أو تعد الأچندة بطريقة موجزة. وكذلك لا تدرك أن عليها أن تلخص الجلسة أو تقدم رد فعلها أو تتذكر محتويات الجلسات، وأن تعمل واجبها المنزلى يوميًا. بالإضافة إلى ذلك فإن المعالج المعرفى لا يعلم فقط مرضاه مهارات جديدة، وإنما طريقة جديدة للعلاقة مع المعالج (لأولئك الذين كانوا تحت أنواع أخرى من العلاج النفسى) أو طريقة جديدة للعلاقة مع صعوباتها حتى تستطيع أن تتبنى اتجاهات أكثر واقعية وموضوعية فى حل المشاكل. لذلك على المعالج أن يشرح مرارًا، ويقدم التفسيرات، ويرصد برفق ردود الأفعال على كل عناصر الجلسة. وإذا لم يفعل ذلك فإنه لن يحصل على المعلومات النافعة من المرضى، وتكون الجلسات غير فعالة.

وثمة صعوبة ثانية تتمثل فى عدم استعداد المريضة لاتباع قوام الجلسات المفترض، وذلك بسبب إدراك المريضة، وبسبب المعتقدات المشوهة والمعطلة عن نفسها وعن المعالج أو عملية العلاج. وفى مثل هذه الحالات على المعالج أن يتمكن من تكوين مفهوم أو تصور عن أسباب نشوء المشكلة والعمل على حلها.

فيمكنه من ناحية أن يتفهم عدم ارتياح المريضة، ولكنه يشجعها على الالتزام على سبيل التجربة، أو على النقيض يمكنه أن يسمح للمريضة أن تسيطر على الجلسة وتتحكم فى سير الجلسات كبداية. وفى معظم الأحيان يتفاوض المعالج مع معظم المرضى على حل وسط يرضى الطرفين، ومع الوقت يدفع المريضة تدريجيًا إلى الاتجاه نحو الالتزام بشكل أو بنيان الجلسة.

ولكن كيف يقرر المعالج إن كانت صعوبة الالتزام بقوام الجلسات ناتج عن عدم تهيئة المريضة أم أنه نفور عام لديها من الالتزام؟ إن عليه أولا أن يقوم بتهيئة المريضة للعلاج المعرفى على نحو أفضل مع مراقبة ردود أفعالها اللفظية وغير اللفظية؛ فإذا كانت هى فقط مشكلة فى التهيئة فإن استجابة المريضة تكون محايدة (وربما يكون هناك بعض النقد الذاتي)، وبالتالى يصبح الالتزام جيدًا. وأما إذا تفاعلت المريضة بصورة سلبية فإنها بلا شك قد فهمت طلبات المعالج بطريقة سلبية، وعلى المعالج أن يستنبط ويظهر ردود أفعالها بصورة أوضح.

وهناك صعوبة شائعة ثالثة فى الحفاظ على بنيان الجلسات، وذلك حين يبالغ المعالج فى فرض نظام البنيان بصورة جامدة وملحة. ويستطيع المعالج تشخيص هذه الحالة بمراجعة تسجيل صوتى (مسموع أو مرئى) يكون قد أعده خلال الجلسة، ويستطيع معالجة ذلك فى الأسبوع التالى. (أنا يمكن كنت شديد شويه الأسبوع الماضى، أنا آسف، أنا بس كنت عاوزك توافقى على نظام الجلسات وإزاى هتمشى).

وأما عن المشاكل الشائعة التى تنشأ مع كل مرحلة- باستثناء الأخطاء المهمة عند المعالج - فسوف نناقشها فى الجزء التالى.

تحديث مختصر:

من الصعوبات الشائعة أن المريضة تبدأ الجلسة بتفصيلات كثيرة وتهاويم غير مركزة عن الأسبوع، وبعد هذا الكلام الكثير يقفز المعالج برقة محاولاً ربط ما هو مهم من نقاط فى عملية العلاج.

المعالج: خلينى أقاطعك دقيقة، مهم بالنسبة لى إنى أفهم الصورة العامة عن أسبوعك وبعدين نبقى نتكلم فى التفاصيل بعدين. دلوقت تقدرى تقولى لى عن الأسبوع اللى فات فى جملتين أو ثلاثة أو أربعة؟ كان عمومًا أسبوع كويس أو أسبوع وحش؟ أو كان فيه كده وكده؟ وإيه الحاجات المهمة اللى حصلت فيه؟ وإذا استمرت المريضة فى تقديم التفاصيل بدلاً من الصورة العامة، وربما يحاول المعالج أن يوضح لها ما يريده بأمثلة.

المعالج: زى ما يكون عاوزة تقولى (أنا كان عندى أسبوع صعب شوية، أنا اتعاركت مع صديقة، وكنت قلقانة من الخروج، وكان عندى صعوبة فى التركيز، دى الصورة العامة اللى كنت باكلمك عنها، ودى حتساعدنى أن أعرف إيه هو المهم بالضبط علشان نحطه فى الأچندة ونقدر نناقشه كويس. عرفت دلوقت أنا عاوز إيه لما باقولك عاوز ملخص سريع عن الأسبوع فى أول جلسة؟ (لما عملت كدة أصبحت المسألة واضحة دلوقت؟)

ويمكن للمعالج أن يقترح فيما بعد أن يعد مراجعة عامة لأسبوعها فى جمل قصيرة قبل الجلسة القادمة.

وبعض المرضى يتفهمون جيدًا، بل إنهم قادرون على تقديم مراجعة دقيقة وسريعة، ولكنهم لا يحبون ذلك. وإذا كان لدى المعالج معلومات توحى بأن استفساره عن تردد المريضة ومقاومتها يمكن أن يخرب العلاقة العلاجية. يمكنه أولاً أن يسألها عن مراجعة سريعة للجزء من الجلسة التى انقضت (هذه المعلومات تشمل: ردود الأفعال اللفظية وغير اللفظية لمحاولات المعالج فى تنظيم الجلسة، وعباراتها المباشرة التى تفضل خطًا معينًا فى طريقة العلاج، أو ردود أفعالها الماضية حينما تعرضت لأى محاولة للتحكم فى تصرفاتها أو ما تعتبره سيطرة على تصرفاتها). إن ردود الأفعال القوية تجاه الشكل أو بنيان الجلسة ليست شائعة، وعلى المعالج أن يشرح لها طبيعة العلاج وأسباب مقاومتها إن وجدت، ويعمل على حل المشكلة. وبعد سؤال المريضة عن مراجعة أسبوعها بدقة، ويلاحظ اتجاهًا

سلبيًا فى المشاعر يمكنه أن يسأل (لما سألتك تدينى صوره عامة إيه اللى دار فى مخك؟)

وهنا يحاول المعالج أن يبين أفكار المريضة التلقائية، ومن ثم يحاول أن:

- يساعدها فى تقييم مصداقية الأفكار.
- يستخدم طريقة الأسهم المتجهة سلفًا ليكتشف معنى الأفكار.
- يبدى تعاطفًا وتفهمًا، ويتحرك لحل المشكلة كما فى التالى:

المعالج: أنا آسف، أنا حسيت أنى قاطعتك ثانى.. أنا شايف إن فيه حاجات كثيرة فى مخك أنا نفسى أسمعها. تقدرى دلوقتى تستمرى فى مراجعة الأسبوع أو نحطها فى الأچندة، ونبقى نناقشها بعدين بعد ما نتكلم دلوقت فى حالتك المزاجية، ونقرر إيه المواضيع الثانية اللى عاوزة تحطيها فى الأچندة.

وهذا الاختيار الأخير يبدو عمومًا أفضل من مساعدة المريضة على تقييم أفكارها فى اللحظة خصوصًا إذا كانت منزعجة. وبإظهار استعداده للتعاون أو التساهل تعدل المريضة من فكرتها عن المعالج (سواء دقيقة أو غير دقيقة) من أنه متحكم ومتسلط.

مراجعة الحالة المزاجية:

من المشاكل الشائعة هى عدم قدرة المريضة على ملء النماذج أو التبرم منها وصعوبة التعبير (بطريقة دقيقه) عن مزاجها العام خلال الأسبوع. وإذا كانت الصعوبة هى ببساطة ناتجة عن عدم تهيئة المريضة وتعليمها ملء النماذج. فعلى المعالج أن يسأل المريضة ما إن كانت توافق على منطق ملء النماذج من عدمه.. وإن كانت تعانى من صعوبات عملية فى ذلك تتطلب أى مساعدة. (مثل عدم وجود وقت كافٍ أو النسيان أو مشكلة فى الفهم)، وإذا أبدت المريضة انزعاجًا حينما يطلب منها ملء النماذج فيمكن للمعالج أن يسألها عن الأفكار التلقائية التى تدور

برأسها حينما يطلب منها ذلك أو حينما تفكر فى ذلك. وإذا كانت هذه الأفكار التلقائية ليست سهلة الاستدعاء فيمكن للمعالج أن يسألها عن معنى هذا الموقف بالنسبة لها (إيه اللى بيعنيه لك لما حد يقولك أملى النماذج دى؟). ويمكن للمعالج أن يتعاطف مع قلق المريضة، ويساعدها على تقييم الأفكار والمعتقدات ذات العلاقة أو يساعدها على حل هذه المشكلة. وهذه الاستجابات موضحة فى الأمثلة الثلاثة التالية:

المريضة: النماذج دى بتضييع وقت، نصف الأسئلة مالهاش علاقة بحالتي.

المعالج: إيه المعنى اللى بيوصلك لما أقولك أملى النماذج؟

المريضة: أنا مشغولة، أنا عندى حاجات كثيرة أعملها، واجباتى بقت مليانة بحاجات ما لهاش معنى أنا مش حا أقدر أنجز أى حاجة خالص.

المعالج: أنا حاسس إنك شوية عصبية، تفتكرى تأخذى وقت قد إيه علشان تملى النماذج دي؟

المريضة: ما أعرفش.. ١٠ دقايق يمكن.

المعالج: أنا عارف إنك شايفة النماذج ما لهاش علاقة، لكن فى الحقيقة دى بتوفر وقت كتير من وقت الجلسات، لأنى حاكون غير مضطر أنى أسألك أسئلة كثيرة، نقدر نحل المشكلة دى ونشوف إزاى تقدرى تلاقى ١٠ دقايق فى الأسبوع علشان تمليها؟

المريضة: هى مش معضلة قوي، أنا حا أعملهم، أنا بس لازم آجى بدرى شوية المرة الجاية.

هنا استطاع المعالج أن يجعل المريضة تتفهم معنى هذا الموقف، وقد هولت المريضة من شأن مشكلة الوقت الذى يستغرقه ملء النماذج حتى ساعدها المعالج أن ترى كم هى نماذج مختصرة وقصيرة.

ولم يحاول المعالج هنا أن يحكم على أفكار المريضة بطريقة مباشرة؛ لأن المريضة كانت منزعجة، ويمكن أن تفهم نقد المعالج بطريقة سلبية.

وفى حالة ثالثة يرى المعالج أن التحريض الشديد لملء النماذج سوف يؤثر سلبيًا على التحالف العلاجى الهش.

المريضة: (بصوت غاضب) أنا شايفة إن النماذج دى مش بتنطبق علىَّ. أنا عارفة أنت عاوزنى أملاهم، لكن أنا بأقولك إن ما لهاش قيمة.

المعالج: أنا موافق معاك إن إحنا نلغيها أو نملاها مره واحدة، أنا بس عاوز أكون صورة واضحة عن إزاى كنت حاسة الأسبوع اللى فات. طيب ممكن تقولى لى شفويًا ليه كنت غضبانة وقلقانة وحزينة خلال الأسبوع على مقياس من (صفر إلى ١٠٠).

هناك مشكلة أخرى تشمل صعوبة المريضة فى التعبير عن مشاعرها، وذلك إما لأنها لا تجيد ذلك أو أنها لا تستطيع تسمية مشاعرها. ويمكن للمعالج أن يقاطعها برقة أو يسألها أسئلة محددة أو يشرح لها كيف تجيب.

المعالج: ممكن أقاطعك دقيقة؟ تقدرى تقولى لى فى جملة واحدة إزاى كانت مشاعرك الأسبوع ده بالمقارنة بالأسبوع اللى فات؟ أنا عاوز أسمع أكثر عن مشكلتك مع أخوك فى دقايق؟ لكن قبل كدة عاوز أعرف أنت عمومًا كنت أفضل، أو أسوأ أو زى الأسبوع اللى فات؟

المريضة: يمكن أسوأ شوية.

المعالج: قلقانة أكثر أو حزينة أكثر أو غضبانه أكثر؟

المريضة: ممكن أكون كنت قلقانة أكثر شوية، و نفس الحزن، لكن ما كانش فيه غضب الحقيقة.

وإذا كانت المريضة تعانى من صعوبة فى تسمية مشاعرها بألفاظ، يمكن للمعالج أن يستجيب بطريقة مختلفة.

المعالج: واضح أنه صعب أن تعبرى عن مشاعرك بالكلمات، ممكن علـــى فكــرة نحط فى الأچندة (التعرف على المشاعر).

وفى أثناء الجلسة يمكن للمعالج استخدام الطريقة الموضحة فـــى الفصـــل السابع لكى يعلم المريضة كيف تتعرف على مشاعرها.

التواصل مع الجلسة السابقة:

تنشأ المشاكل هنا من صعوبة تذكر المريضة بمحتويات الجلسة السابقة أو عدم رغبتها فى التعبير عن مشاعرها السلبية تجاه المعالج. وأحـــد الحلـــول لهـــذه المشكلة هو أن يطلب من المريضة ملء استمارة التواصل بين الجلســـات (انظـــر الفصل الرابع، شكل ٤-١) قبل الجلسة.

ولاحظ أن هذه المشكلة تنشأ غالبًا من إهمال المعالج لتشـــجيع المريضـــة على كتابة النقاط المهمة فى أثناء الجلسة نفسها، أو نتيجة لعدم قدرة المريضة على المتابعة من خلال الواجب المنزلى أو قراءة هذه الملاحظات بصورة يومية.

وصعوبة جعل المريضة تعبر بأمانة عن رد فعلها تجاه الجلســـة الســـابقة يمكن أن تعالج بطرق مختلفة، منها أن يشجع المريضة بصورة أكثر كما فى المثال التالى (إذا شك المعالج أنها تخفى مشاعر سلبية تجاهه).

المعالج: يعنى، أنت فكرت إن الجلسة اللى فاتت كانت كويسة؟ تفتكرى لـــو كنـــت أتضايقتى من حاجة، كنت حتقولى لى؟

المريضة: أفتكر كدة.

المعالج: كويس.. علشان أنا عاوز أفصل العلاج عليك، علشان كده لو كان فيه أى شيء مضايقك، ياريت تقولى لي، علشان نحله.

ثانيًا، يمكن للمعالج أن يكشف للمريضة المغزى من سؤاله عن رد الفعـــل السلبى.

المعالج: كويس.. يعنى إنتى كنت أساسًا مقتنعة بالجلسة اللى فاتت؟ أنا بس كنت عاوز أعرف لو كنت مش مقتنعة بيها وقلتى لي. ده يعنى شيء بالنسبة لك.

المريضة: أوه، أنا عمرى ما أنتقدك، أنا عارفة إنك بتعمل أفضل حاجة.

المعالج: كويس، شكرًا لك، لكن أنا مجرد إنسان، وأنا عارف إنى بأعمل أخطاء كثيرة فى بعض الأحيان، وإيه يعنى لو انتقدتيني؟

المريضة: يعني.. حا كون ناكرة للجميل.

المعالج: هه.. يا ترى دا تلقائيًا صح. إنك تدينى انطباعك، ودى حاجة أنا عاوزها فعلاً، ده معناه إنك ناكرة الجميل؟

إيه رأيك لو حطينا الموضوع فى الأچندة علشان نتكلم فيه أكثر بالتفصيل؟

إعداد الأچندة:

إن المشكلة الرئيسية هنا هى عدم قدرة المريضة على المساهمة فى إعداد الأچندة، أو التعثر عند إعدادها، أو أن تكون يائسة تمامًا من مناقشة مشكلة ما على الأچندة. والمريض الذى يفشل فى المساهمة إما أن لا يكون قد أعد الأچندة جيدًا أو أن لديه معنًى سلبيًا خاصًا عن المشاركة. وهاتان الحالتان سوف نوضحهما كالتالي:

المعالج: عاوزة تحطي إيه في الأچندة؟

المريضة: مفيش حاجة في الحقيقة.

المعالج: إيه المشاكل اللي قابلتيها الأسبوع اللى فات؟ أو إيه المشاكل اللى ممكن تقابلك الأسبوع ده؟

المريضة: مش عارفة.. لازم أفتكر.

المعالج: إيه رأيك لو نحط فى الأچندة، أنت فين دلوقت بالنسبة للأهداف اللى قلناها فى أول العلاج؟

المريضة: ماشى.

المعالج: ولو ما عندكيش مانع، أنا عاوزك تكتبى علشان واجب الأسبوع الجـاي. عاوزك تفكرى فى المواضيع اللى حتطيها فى الأچندة الجاية.

وإذا فشلت المريضة فى إعداد الأچندة فى الأسبوع التالي، حتى ولو كـان قد حدث شيء جديد يوحى بأنها قد عانت بعض الصعوبات؛ فـيمكن للمعـالج أن يستبين أفكارها التلقائية عن معنى ذلك.

المعالج: يا ترى أفتكرتى تفكرى فى مواضيع الأچندة؟

المريضة: ياه، لكن مش عارفة، أنا ما أقدرتش أعمل أى حاجة.

المعالج: يا ترى إيه اللى كان بيدور فى دماغك لما فكرت فى مواضيع الأچندة؟

المريضة: لا.. أبدًا.. بس أنت الدكتور، أنت عارف أكثر منى إن إحنا ممكن نتكلم فى إيه.

المعالج: طيب، حسيتى بإيه، لما طلبت منك تفكرى فى مواضيع مختلفة.

المريضة: كويسة، مفيش حاجة.

المعالج: شوية مضايقة، يمكن؟

المريضة: شوية.

هنا يحاول المعالج أن يستنبط توقعات المريضة من العـلاج، ويسـاعدها على تفحص المزايا والعيوب لاعتقادها فى هذه التوقعات. والمرضى الذين يبدأون بسرد مفصل عن مشكلة ما بدلاً من تسمية هذه المشكلة فى أثناء إعـداد الأچنـدة يحتاجون فقط لتعليمات إضافية.

المعالج: (مقاطعًا برفق). أنا ممكن أقول إن دى مشكلة مهمة. ممكن بس تقولى لى إيه اسم الموضوع دلوقت، حنراجعه ثانى فى دقايق؟ ممكن نسميه (مشكلة مع رئيس فى العمل)؟

المريضة: نعم.

المعالج: كويس خالص.. ممكن تقولى أى مشكلة ثانية، عاوزة تحطيها فى الأچندة؟

والمريض: الذى يصر على السرد فى الجلسة التالية بدلاً من تسمية المواضيع فى أثناء إعداد الأچندة، يمكن أن يسأل أن يدون مواضيع الأچندة كواجب منزلى.

وهناك مشكلة ثالثة فى إعداد الأچندة تنشأ حينما تشعر المريضة باليأس وعدم الجدوى من طرح مشكلة ما للمناقشة، وهنا يتناول المعالج هذه المشكلة محاولاً حلها.

المعالج: كويس.. يعنى لغاية دلوقت عندنا مشكلة التعب، وتنظيم أحوالك المالية علشان الضرائب.. فيه حاجة ثانية؟

المريضة: (تتنهد) لا.. آه.. مش عارفة.. أنا حيرانة وملخبطة أنا مش حاسة إن فيه حاجة حتفيد.

المعالج: يعنى ما تعتقديش إن مناقشة مشاكلك هنا حتفيد؟

المريضة: لا.. إيه الفائدة؟ أقصد يعنى أن مش متخيلة الحقيقة أنى مديونة بفلوس كتير قوى، وأنا كمان تعبانة لدرجة أنى ما بأقدرش أقوم من السرير أغلب الأيام، دا غير أنى متأخرة جدًا فى دراستى لدرجة أنى مش ممكن حا أقدر أنجح.

المعالج: طبعًا، حقيقى إن إحنا مش حانعرف نحل كل حاجة فى نفس الوقت وأنت فعلاً عندك مشاكل حقيقية حنحتاج نتكلم فيها مع بعض. دلوقت لو عندنا

وقت حنناقش بس مشكلة منهم النهارده. إيه اللى أنت شايفه أنها أهم من الباقيين؟

المريضة: مش عارفة.. أفتكر التعب، لو قدرت أقوم من السرير، يمكن أقدر أعمل حاجات أكثر.

فى هذه الحالة يعطى المعالج رسالة للمريضة بأن مشاكلها حقيقية حتى إنه يمكن العمل فيها واحدة فواحدة، وأنها لا تستطيع حلها بمفردها. وحينما يدفعها إلى اختيار مشكلة واحدة للمناقشة فإنه يساعدها على التركيز فى اختيار مشكلة ويحاول أن يساعدها على التوجه لحل المشكلة. وإذا رفضت المريضة اختيار إحدى المشكلات، يمكن للمعالج أن يلجأ إلى وسيلة أخرى.

المعالج: واضح إنك شاعرة باليأس تمامًا؟ أنا الحقيقة مش متأكد إن لو اشتغلنا مع بعض حيفرق فى حاجة، بس أنا عاوز أحاول. أنت مش مستعدة تحاولي؟ نقدر نتكلم عن التعب لمدة ١٠ إلى ١٥ دقيقة ونشوف حيحصل إيه؟

إن الاعتراف بيأس المريضة وعدم قدرة المعالج على ضمان النجاح يمكن أن يجعل المريضة مستعدة لمحاولة حل المشكلة ولو لدقائق.

مراجعة الواجب المنزلى:

من المشكلات النموذجية التى تنشأ هى فشل المعالج عن الاستفسار عن الواجب المنزلى بسبب اندفاعه لمناقشة مواضيع الأجندة. ويتذكر المعالج بسهولة أكثر السؤال عن الواجب المنزلى إذا وضع أمامه العناصر الست للجلسة العلاجية (انظر الفصل الرابع) وكذلك ملاحظات الأسبوع الماضى المدونة محتوية الواجب مكتوبًا. وهناك مشكلة مقابلة تنشأ أحيانًا حينما يراجع المعالج واجبًا منزليًا (ليس له علاقة بالمريض فى هذا اليوم) بتفصيل دقيق قبل التحول إلى مواضيع أجندة المريضة. وهناك مشكلات أخرى تتعلق بالواجب المنزلى سوف تناقش بالتفصيل فى الفصل الرابع عشر.

مناقشة مواضيع الأچندة:

إن المشاكل النموذجية هنا هى اليأس وعدم التركيز أو المناقشة السطحية وعدم التركيز ينتج عادة حينما يفشل المعالج فى تنظيم المناقشة بصورة ملائمة من خلال المقاطعة الرقيقة (الرجوع بالمريضة ثانية إلى موضوع النقاش) أو حينما يفشل فى التأكيد على الأفكار التلقائية الرئيسية، وكذلك المشاعر والمعتقدات والسلوك، وكذلك فشله فى التلخيص المستمر. وفى الفقرة التالية يلخص المعالج وصف المريضة فى دقائق معدودة وفى كلمات قليلة ويصحح اتجاه المريضة للتعرف على أفكارها التلقائية.

المعالج: خلينى بس أتأكد أنى فهمت، أنت اتعاركت مع أختك امبارح وده فكرك بمعارك سابقة ودا خلاكى غضبانة أكثر وأكثر. امبارح أنت اتصلت بيها ثانى وبدأت تنتقدك على أنك مش بتساعدى ماما، إيه اللى كان بيدور فى مخك لما قلتلك (أنت الخروف الأسود فى الأسرة)؟ وتغطية المواضيع هى غالبًا مشكلة المعالج المبتدئ الذى يبالغ فى تقدير كم عدد المواضيع التى يمكن مناقشتها فى الجلسة الواحدة. إنه من الأفضل أن يفاضل ثم يختار موضوعًا أو موضوعيين لكى تناقش فى الجلسة. وينبغى على المعالج والمريضة أن يراقبا الوقت فى أثناء الجلسة ويقررا بالتعاون ماذا يفعلان إذا لم يسعفهما الوقت لذلك (بمصطلحات عملية، هذا يعنى أنه لابد من وجود ساعة أو اثنين موضوعة لمراقبة الوقت).

المعالج: باقى لنا ١٠ دقايق قبل ما نقفل الجلسة، تحبى تستمرى فى الكلام عن المشكلة دى مع جارتك أو نخلص بعد دقيقة أو دقيقتين، علشان يكون عندنا وقت نناقش مشكلة ثانية مع زميلك فى العمل؟

وثمة مشكلة ثالثة بالنسبة لمناقشة المواضيع وهى فشل المعالج فى التدخل العلاجي، فانقضاء معظم الوقت فى مجرد وصف المشكلة أو التعرف على الأفكار

المعطلة أو المعتقدات السلبية لا يشعر المريضة بالتحسن. وعلى المعالج أن يساعد المريضة (خلال الجلسة نفسها) على الاستجابة الملائمة لأفكارها المعطلة، أو حل أو محاولة حل مشاكلها أو إعداد واجب منزلى مصمم للتخفيف من المشكلة أو مساعدتها على الشعور بالتحسن.

إعداد واجب منزلى جديد:

يكون المرضى أقل احتمالاً لعمل الواجب إذا كان المعالج:

١. يعطى واجبًا صعبًا جدًا أو ليس له علاقة باهتمامات المريضة.
٢. حينما لا يعطى مبررات جيدة.
٣. ينسى مراجعة الواجب فى الجلسات السابقة.
٤. لا يركز على أهمية الواجب عمومًا أو واجبًا معينًا بصفة خاصة.
٥. لا يعلم المرضى كيفية عمل الواجب.
٦. لا يبدأ فى إعطاء الواجب فى أثناء الجلسات أو يسمع شفويًا. (الفصل الرابع عشر ص) أو يسأل أسئلة مقننة عن عقبات محتملة فى الطريق خلال عمل الواجب.
٧. لا يجعل المرضى يكتبون الواجب كتابة.
٨. لا يشاور المرضى أو يشركهم فى إعداد الواجب بما يتلاءم مع احتياجاتهم.

وإذا لم يوجد أى من هذه الأسباب، فعلى المعالج أن يتأكد إذا كانت المريضة لديها أفكار معطلة تجاه الواجب المنزلى مثل (أنا لازم أشعر بتحسن بدون مجهود) لازم المعالج يعالجنى بدون ما يكلفنى أعمل حاجة) (أنا مقدرش أعمل أى واجبات) (الواجب ده كلام فارغ ومش حيخلينى أحسن). وهنا يحاول المعالج مساعدة المريضة على تحديد واختيار أفكارها المعطلة عن الواجب المنزلى، وسوف يناقش الواجب المنزلى بالتفصيل فى الفصل الرابع عشر.

تلخيص نهائى:

يلخص المعالج بصفة دورية فى أثناء الجلسة لكى يتأكد من أنه فهم بالضبط ما تقصده المريضة وما إذا كان قد سأل المريضة أن تكتب بعض النقاط فى أثناء الجلسة، فإن الملخص النهائى يتكون من مراجعة سريعة لهذه الملاحظات المكتوبة وملخصًا لفظيًا عن أى مواضيع أخرى قد نوقشت، وأن عدم جعل المريضة تكتب بعض النقاط يؤدى إلى صعوبة أكثر فى تلخيص الجلسة، وجعل المريضة تتذكر الجلسة فى الأسبوع التالي.

المردود:

تنشأ المشاكل حينما تكون المريضة منزعجة فى نهاية الجلسة، ولا يوجد وقت كاف للتخفيف من حدة الانزعاج أو حينما لا تستطيع المريضة أن تعبر عن مشاعرها السلبية مطلقا. ولحل المشكلة الأولى - وهى مشكلة الوقت - يقفل المعالج الجلسة قبل نهاية الوقت بعشر دقائق حينئذ يستطيع المعالج تحديد الواجب المنزلي، ويلخص الجلسة، ويستنبط رد الفعل أو المردود، وفيما يلى مثال على الاستجابة لمردود سلبى:

المعالج: فى أى حاجة أنا قلتها النهارده ضايقتك؟

المريضة: أنت مش قادر تتخيل قد إيه صعب بالنسبة لى أنى أعمل أى حاجة. أنا عندى مسئوليات كثيرة ومشاكل كثيرة. طبعًا سهل خالص بالنسبة لك أنك تقولى ركزى فى شغلك وانسى كل اللى بيحصل مع رئيسك؟

المعالج: أنا آسف لو كنت أخذتى الانطباع ده، اللى كنت أقصده لما قلتلك أجلى المشكلة هو أنى عارف أنك متضايقة جدًا من المشكلة وعلشان كده أجليها للأسبوع الجاى علشان نقدر نتكلم فيها بالتفصيل، لكن فى نفس الوقت هل أنا قلت حاجة تخليكى تعتقدى أنى أقصد أنك تنسى المشكلة مع رئيسك؟ (ثم يوضح المعالج بعد ذلك سبب سوء الفهم).

مشاكل تنشأ من طريقة تفكير المعالج:

إن المشاكل التى ذكرت سابقاً تفترض أساسًا أن المعالج تنطبق عليه مواصفات المعالج المثالى الذى يلتزم بالبنيان المقنن للجلسات العلاجية ويشعر بأنه كفء للاضطلاع بها. وفيما يلى سوف نذكر أفكار ومعتقدات للمعالج يمكن أن تعطل البنيان المقنن.

أفكار تلقائية:

(أنا لا أستطيع تنظيم الجلسات)

(مرضاى لا يحبون النظام)

(أنها لا تستطيع التعبير عن نفسها بإيجاز)

(لا ينبغى مقاطعتها)

(سوف تفقد صوابها إذا وجهتها بحزم)

(لن تعمل الواجب)

(سوف تشعر بالخجل والفضيحة إذا كشفت عن أفكارها)

إنه لمن المهم بالنسبة للمعالج أن يلاحظ مستوى عدم الارتياح لديه، وعليه التعرف على أفكاره التلقائية فى أثناء وبين الجلسات. حينئذ يستطيع التعرف على المشكلة، وتقييم أفكاره والتعامل معها، ويحاول حلها ليستطيع تجربة إنجاز الجلسة المنظمة البناء فى المرة القادمة.

الفصل السادس

التعرف على الأفكار التلقائية

يقرر النموذج المعرفى أن تفسير الموقف (وليس الموقف فى حد ذاته) يعبر عنه دائمًا بالأفكار التلقائية التى تؤثر بالتالى على مشاعر الشخص، ومن ثم تصرفاته واستجاباته الفسيولوجية. وبطبيعة الحال فإن هناك أحداثًا معينة قد تكون مؤلمة للجميع مثل الاعتداء الشخصى أو الرفض أو الفشل. ولكن الأشخاص ذوى الاضطراب النفسى غالبًا ما يسيئون تفسير مواقف متعادلة أو حتى إيجابية، وهكذا تكون أفكارهم التلقائية متحيزة. وباختبار أفكارهم التلقائية وانتقادها وتصحيح أخطاء التفكير غالبًا ما يشعرون بالتحسن. وهذا الفصل سوف يناقش خصائص الأفكار التلقائية مع طرق التعرف عليها لدى المرضى وشرحها لهم والتفرقة بين الأفكار التلقائية والتأويلات وتعليم المرضى كيف يتعرفون بأنفسهم على أفكارهم التلقائية. وفى الفصل القادم سوف نناقش المشاعر السلبية، ونفهم كيف نساعد المرضى على التفريق بين الأفكار التلقائية والمشاعر وكيفية التعرف على المشاعر وشدتها.

خصائص الإفكار التلقائية:

إن الأفكار التلقائية هى تيار من التفكير(thinking) يوجد مع تيار أكثر ظهورًا من الأفكار(thoughts) (Beck, 1964) . وهذه الأفكار ليست مقتصرة على المرضى المضطربين نفسيًا، ولكنها شائعة عند كل الناس. ومعظم الوقت يكونون بالكاد واعين لهذه الأفكار، ولكن بمجرد تلقى تدريب بسيط يمكن أن تصبح هذه الأفكار فى الوعى، وحينما نصبح واعين بهذه الأفكار فإنه يمكننا تلقائيًا أن نتبين الحقيقة إذا كنا لا نعانى من أى اضطرابات نفسية.

وعندما يقرأ القارئ هذا الفصل – تكون لديه فكرة (أنا لا أفهم ذلك)،

ويشعر بأنه متوتر قليلاً. وربما يستجيب تلقائيًا (بدون وعى) بطريقة إيجابية لهذه الفكرة (أتمنى أن أفهم بعضًا منه فلأقرأ هذا الجزء ثانية). وهذا النوع من اختبار الواقع تلقائيًا والاستجابة للأفكار السلبية هى تجربة شائعة. وأما الأشخاص الذين يعانون من ضغوط نفسية فربما يفتقرون لهذا النوع من الحس النقدي. والعلاج المعرفى يعلمهم الطرق التى تساعدهم على تقييم أفكارهم بطريقة واعية ومنظمة، وخصوصًا إذا كانوا منزعجين بسبب هذه الأفكار.

وبينما تقرأ سالى فصلاً فى كتاب الاقتصاد- على سبيل المثال- تتكون لديها هذه الفكرة كالقارئ الذى ذكرناه سابقًا. (أنا لا أفهم ذلك)، وربما ينحو تفكيرها إلى التطرف أكثر (ولن يمكننى فهمه أبدًا). فإنها تقبل هذه الأفكار وكأنها صحيحة وتشعر بالحزن، ولكنها بعد أن تتعلم طرق العلاج المعرفى تستطيع أن تستعمل مشاعرها السلبية كمفتاح للتعرف على أفكارها وتقييمها، ومن ثم نستطيع تطوير استجابات أكثر إيجابية. (انتظرى قليلاً.. إنه ليس بالضرورة أن يكون صحيحًا تمامًا أنى لن أفهم ذلك، إن لدىَّ بعض المتاعب الآن، ولكننى إذا قرأته ثانية أو حتى أرجع إليه حينما أكون أكثر انتعاشًا فسوف أفهمه بصورة أفضل، وعلى العموم فإن الفهم السريع ليس أساسيًا لحياتى، يمكننى أن أسأل أى شخص ليشرحه لى إذا احتجت ذلك). وعلى الرغم من أن الأفكار التلقائية يبدو وكأنها تقفز فجأة وتلقائيًا، فإنها تصبح متوقعة بشكل كاف إذا أمكن التعرف على معتقدات المريضة التحتية.

وعلى المعالج المعرفى أن يتعرف على الأفكار المعطلة، والتى تشوه الحقيقة، والتى تؤثر سلبًا على مشاعر المرضى وتعطلهم عن بلوغ أهدافهم. و الأفكار المعطلة التلقائية غالبًا ما تكون سلبية و محزنة ما لم يكن المريض يعانى من الهوس أو الهوس الخفيف، أو يعانى من اضطراب الشخصية النرجسى، أو يسيىء استخدام العقاقير أو المخدرات.

والأفكار التلقائية دائمًا قصيرة، وتشعر المريضة بالمشاعر التى تسببها

أكثر من الشعور بها ذاتها . ففى الجلسة العلاجية مثلاً قد تكون المريضة غير واعية بأفكارها التلقائية حتى يسألها المعالج عنها . والمشاعر التى تحسها المريضة ترتبط منطقيًا بالأفكار التلقائية. فعلى سبيل المثال تفكر سالى (أنا مخدرة، أنا لا أفهم حقيقة ما يقوله المعالج)، وتشعر بالحزن (إنه ينظر إلى الساعة. أنا مجرد حالة بالنسبة إليه)، وتشعر بقليل من الغضب، وحينما تكون لديها الأفكار (ماذا لو لم ينجح هذا العلاج؟) (ماذا سأفعل بعد ذلك؟) وتشعر سالى بالقلق.

وغالبًا ما تأتى الأفكار التلقائية فى صورة مختزلة، ولكن يمكن تهجيتها إذا سأل المعالج عن معناها بالنسبة للمريض؛ فعلى سبيل المثال (لا.. لا) ممكن أن نترجم كالتالى (إن معالجى سوف يعطينى واجبًا كثيرًا) و(اللعنة) ربما تكون تعبيرًا عن فكرة مثل (لقد نسيت دفتر مواعيدى فى البيت، ولن أستطيع تنظيم موعد آخر مع معالجى.. أنا غبية جدًا).

وقد تكون الأفكار التلقائية فى صورة لفظية أو صورة خيالية أو كليهما. فبالإضافة إلى أفكارها التلقائية اللفظية (لا.. لا)، فإن سالى تتخيل نفسها وحيدة على مكتبها فى المساء تحاول عمل واجبها المنزلى الذى طلبه منها المعالج.

(انظر الفصل الثالث عشر لشرح الأفكار التلقائية فى صور متخيلة).

ويمكن تقييم الأفكار التلقائية بناءً على مصداقيتها وفائدتها. والنوع الأكثر شيوعًا من الأفكار التلقائية يكون مشوهًا بطريقة ما على الرغم من وجود الدليل على عكسها. وهناك نوع آخر من الأفكار التلقائية تكون صحيحة، ولكن ما يستخلصه المريض منها يكون مشوهًا؛ فمثلاً.. (أنا لم أفعل ما وعدت به زميلتى فى السكن) فكرة صادقة، ولكن الاستنتاج (ولهذا أنا سيئة) ليس كذلك. ونوع ثالث من الأفكار التلقائية هو أيضًا صحيح، ولكنه معطل لاتخاذ القرارات؛ فمثلاً كانت سالى تذاكر من أجل الامتحان وفكرت (إن ذلك سوف يستغرق وقتًا طويلاً لدراسته فسوف أضطر للسهر حتى الثالثة صباحًا). فهذه الفكرة صحيحة بلا شك، ولكنها

زادت من قلقها، وقللت من قدرتها على التركيز والاستيعاب والاستجابة المنطقية لهذه الفكرة هى النظر فى نفعها (إنه فعلاً سوف يستغرق منى وقتًا طويلاً لكى أنتهى منه، ولكننى قد درسته قبل ذلك. إن التفكير فى كم من الوقت سوف يستغرق، سوف يعطلنى عن الفهم، ويؤثر على تركيزى. من الأفضل أن أركز على جزء معين فى كل مرة ثم أكافئ نفسى على إنهائه).

إن تقييم مصداقية ونفعية الأفكار التلقائية والاستجابة الصحية لها سوف تؤثر على المشاعر بطريقة إيجابية.

والخلاصة أن الأفكار التلقائية توجد مع أفكار أخرى أكثر وضوحًا، وتنشأ تلقائيًا، ولا تنتج من تأمل أو قصد. وغالبًا فالأفراد يكونون واعين بالمشاعر المصاحبة لها فقط، ولكن بقليل من التدريب يمكنهم التعرف على هذه الأفكار. والأفكار التى لها علاقة بمشكلة ما ستكون مرتبطة بمشاعر معينة تعتمد على محتواها ومعناها. وهى فى الغالب قصيرة وخاطفة، وتظهر بطريقة مختزلة، ويمكنها أن تحدث فى صورة لفظية أو مصورة (متخيلة)، ويتقبل الناس هذه الأفكار وكأنها حقيقية دون تمعن أو تقييم، وإن التعرف عليها وتقييمها والاستجابة لها بطريقة إيجابية غالبًا ما ينعكس إيجابيًا على مشاعر المرضى.

شرح الأفكار التلقائية للمرضى:

إنه لمن المستحب أن تشرح الأفكار التلقائية باستخدام أمثلة من المرضى أنفسهم. وقد قدم الفصل الثالث مثالا على ذلك، وفيما يلى مثال آخر:

المعالج: دلوقت عاوز آخذ بعض الوقت أتكلم فيه عن العلاقة بين الأفكار والمشاعر، ممكن تفتكرى بعض الأحيان اللى كنت فيها متضايقة الأسبوع ده؟

المريضة: آه.. وأنا رايحة الفصل النهارده الصبح.

المعالج: إيه المشاعر اللى كنت تحسيها؟ حزينة، قلقانة، غضبانة؟

المريضة: حزينة.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى دماغك؟

المريضة: كنت با بص على الطلبة، كانوا بيلعبوا لعبة الطبق الطائر أو بيتكلموا أو مستلقيين على الحشائش.

المعالج: كان إيه اللى بيدور فى دماغك لما شفتيهم؟

المريضة: أنا عمرى ما حا بقى زيهم.

المعالج: كويس.. أنت دلوقت عرفت اللى إحنا بنسميها (الأفكار التلقائية). دى أفكار بتيجى وكأنها بتنط فجأة فى مخنا إحنا مش قاصدين نفكر فيها، علشان كدة بنسميها (تلقائية) وفى أغلب الأحيان بتكون سريعة جدًا، وإحنا بنبقى واخدين بالنا من المشاعر المرتبطة بيها- زى الحزن- أكثر من الأفكار نفسها ومعظم الوقت الأفكار دى بتبقى مشوشة بس إحنا بنقبلها كأنها حقيقية.

المريضة: آه هه.

المعالج: اللى حا نعمله هو أننا نعلمك إزاى تتعرفى على أفكارك التلقائية وتبدأى تقييميها وتشوفى قد إيه هى صحيحة. مثلاً حنقيم الفكرة (أنا عمرى ما حاكون زيهم) إيه اللى حيحصل فى مشاعرك إذا اكتشفت إن أفكارك مش حقيقية يعنى لما تخفى إنشاء الله وتكتشفى أنك زى بقية الطلبة؟

المريضة: حا شعر بأننى أحسن.

هنا يقترح المعالج سيناريو بديلاً من أجل توضيح النموذج المعرفي. وبعد ذلك فى الجلسة يستعمل الأسئلة السقراطية لكى يختبر الفكرة مع المريضة حتى تستطيع أن تطور بنفسها استجاباتها التكيفية. وفى الجزء التالى يجعل سالى تكتب أفكارها التلقائية مؤكدًا النموذج المعرفى (انظر شكل ٦-١).

المعالج: إيه رأيك نكتب الكلام على الورق، لما يكون عندك الفكرة (أنا عمرى ما حاكون زيهم) تشعرى بالحزن. شايفة إزاى أن اللى بتفكرى فيه بيأثر على مشاعرك.

المريضة: آه.. أيوة.

المعالج: هو ده اللى بنسميه (النموذج المعرفى). اللى هنعمله فى العلاج هو أن إحنا نعلمك إزاى تتعرفى على أفكارك لما تلاحظى أى تغير فى مشاعرك. دى الخطوة الأولى، وحنفضل نتدرب عليه، لغاية ما يبقى سهل عليكى، وبعدين حتتعلمى إزاى تقيمى الأفكار دى وتغيريها إذا ما كنتش صحيحة مية فى المية.. واضح؟

المريضة: أفتكر كده.

المعالج: إيه رأيك نكتب الكلام ده على الورق؟ الخطوة الأولى: التعرف على الأفكار التلقائية، الخطوه الثانية: تقييم وتصحيح الأفكار دى.. ممكن دلوقت تقولى لى بألفاظك أنت إيه العلاقة بين الأفكار والمشاعر؟

المريضة: بعض الأحيان تكون عندى أفكار خاطئة وتخلينى حزينة، لكن لو كانت الأفكار دى صحيحة؟

المعالج: نقطة كويسة. فى الحالة دى حنحاول نحل المشكلة أو تشوف إيه الجانب الوحش فيها لو كانت صحيحة. أنا متوقع إن إحنا هنلاقى عندك أفكار خاطئة وسلبية كثيرة علشان أنت مكتئبة.. الأفكار السلبية دى جزء من الاكتئاب. على العموم إحنا حنشوف مع بعض لو كانت تفسيراتك خاطئة أو لا. دلوقت ممكن تفكرى فى أى لحظة ثانية كنت متضايقة فيها الأسبوع ده علشان نشوف الأفكار المصاحبة لها؟

وفى نهاية هذه الجلسة على المعالج أن يتأكد ثانية من أن المريضة قد فهمت ما هو المقصود بالنموذج المعرفي.

المعالج: علشان نراجع شويه، إيه اللى فهمتيه عن العلاقة بين الأفكار والمشاعر؟

المريضة: ساعات الأفكار التلقائية تنط فى دماغى، لكنى بأقبلها كأنها حقيقية وبعدين بأحس أى حاجة حزينة.. قلقانة.

المعالج: كويس، إيه رأيك كواجب منزلى الأسبوع ده، لو قدرت تتعرفى على بعض الأفكار التلقائية.

المريضة: ماشى.

المعالج : تفتكرى ليه أنا باقترح كده؟

المريضة: لأن فى أحيان كثيرة، أفكارى بتكون غير صحيحة، وإذا قدرت أتعرف عليها وأصححها حا أشعر بتحسن.

المعالج: كويس خالص.. إيه رأيك تكتبى الكلام علشان الواجب (لما ألاقى تغير فى مشاعرى أسجل أفكارى ..المريضة تكتب). دلوقت كان إيه سؤال ال٦٤ ألف دولار؟

المريضة: إيه اللى كان بيدور فى دماغى دلوقت؟

المعالج: كويس.. اكتبى ده.

الأفكار	المشاعر
ما تفكر فيه يؤثر على ما تشعر به.	
أحيانًا تكون أفكارك غير صحيحة بالكامل.	
الفكرة	**الشعور**
أنا عمرى ما حاكون زى الطلبة دول	حزن

خطوات العلاج:

١ - التعرف على الأفكار التلقائية.

٢- تقييم و التكيف مع الأفكار.

٣-إذا كانت الأفكار حقيقية فكر فى حل المشكلة.

(شكل ٦-١) (ملاحظات سالى من الجلسة ١)

اكتشاف الأفكار التلقائية:

إن مهارة تعلم كيفية التعرف على الأفكار التلقائية تشبه تعلم أى مهارة أخرى وبعض المرضى والمعالجين يتعلمونها بسهولة وسرعة. وآخرون يحتاجون إلى كثير من الإرشاد والتدريب للتعرف على الأفكار التلقائية والتخيلات. والجزآن التاليان يشرحان طرق اكتشاف الأفكار التلقائية ووسائلها (ملخص فى الشكل ٦-٢). والطريقة الأولى للتعرف على الأفكار التلقائية هى التعرف على الأفكار فى الجلسة نفسها. والطريقة الثانية هى التعرف على الأفكار التلقائية للمريض فى أثناء مواقف معينة بين الجلسات من خلال التذكر أو التخيل أو تمثيل الأدوار أو الافتراض.

التعرف على الأفكار التلقائية التى تنشأ خلال الجلسة:

إن الوقت الملائم للتعرف على الأفكار التلقائية فى أثناء الجلسة هو حينما يلاحظ المعالج تغيرا فى حالة المريض المزاجية.

المعالج: أنا دلوقت لاحظت تغيير فى عينيك؟ إيه اللى بيدور حالاً فى دماغك دلوقت؟

إنه من المهم أن يكون المعالج منتبها لكل الإشارات اللفظية وغير اللفظية التى تبديها المريضة. ولكى تكون قادرًا على التعرف على (الإدراك الساخن) وهى الأفكار والتخيلات المهمة التى تنشأ فى أثناء الجلسة العلاجية نفسها، وتكون مرتبطة بتغير أو شدة فى المشاعر. وهذا الإدراك الساخن يكون عن المريضة نفسها (أنا فاشلة) أو المعالج (هو لا يفهمنى) أو الشخص موضوع المناقشة (إنه ليس من العدل أن على أشياء كثيرة يجب عملها). وهذا الإدراك الساخن من الأهمية بمكان فى عملية تصور أو (تكوين المفهوم) عن المريضة. وعمومًا فهذه الأفكار المحملة بالمشاعر هى أهم ما يمكن التعامل معه، وكذلك هذا الإدراك الساخن يمكن أن يقلل من حافز المريضة وإحساسها بقيمتها أو أهميتها. إنه يمكن أن يؤثر فى قدرتها على التركيز فى الجلسة، وأخيرًا يمكنه التأثير على العلاقة العلاجية. إن التعرف على الأفكار التلقائية فى اللحظة نفسها يعطى المعالج الفرصة لاختيار الأفكار والاستجابة لها فى الحال؛ مما يسهل العمل فى بقية الجلسة.

ولكن كيف يعرف المعالج أن المريضة قد أصابها تحولاً فى الحالة المزاجية؟

ذلك بالانتباه للإشارات غير اللفظية مثل التغير فى تعبيرات الوجه أو شد فى العضلات أو تغيرًا فى وضع الجلوس أو إيماءات يدوية أو إشارات لفظية تشمل تغيرًا فى نبرة الصوت أو حدته أو حجمه أو سرعته. وحينما يلاحظ تغيرًا يبدأ المعالج فى التدخل بالسؤال عما يجرى فى ذهنها الآن. وإذا لم تستطع

المريضة أن تخبره بأى فكرة، يمكن للمعالج أن يستحث ذاكرتها بأن بجعلها تركـز على مشاعرها وردود أفعالها الفسيولوجية.

المعالج: إيه اللى بيدور فى مخك دلوقت؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: طب إيه شعورك دلوقت؟

المريضة: مش عارفة.. يمكن حزينة.

المعالج: حاسة فين الحزن أكثر حاجة؟

المريضة: فى صدرى وورا عينى.

المعالج: أنا لما سألت عن المدرسة شعرت بالحزن، فيه أى أفكار كنت بتفكرى فيها؟

المريضة: يمكن كنت بأفكر فى فصل الاقتصاد، كنت بأفكر فى الامتحان من ثانى.

المعالج: كنت بتفكرى فى إيه، أو كنت بتتخيلى إيه؟

المريضة: تخيلت (C) فى أول الصفحة بالحبر الأحمر.

وسائل تعديل الأفكار التلقائية

(ما الذى كان يدور فى ذهنك حينئذ؟)

سؤال أساسى
للتعرف على الأفكار التلقائية:

١. اسأل ذلك السؤال عندما تلاحظ أى تغير (أو زيادة أو نقص) فى المشاعر فى أثناء الجلسة.
٢. اجعل المريضة تتذكر موقفًا أو وقتًا معينًا لاحظت فيه تغيرًا فى المشاعر، واسأل السؤال السابق.

٣. إذا لزم الأمر اجعل المريضة تستخدم الخيال فى وصف موقف أو وقت معين كما لو كان الآن ثم اسأل السؤال.

٤. إذا كان ضروريًا أو مرغوبًا فيه اجعل المريضة تمثل دورا معك فى موقف معين ثم أسأل السؤال السابق.

أسئلة أخرى للتعرف على الأفكار التلقائية:

١. ما الذى تعتقدين أنك كنت تفكرين فيه؟

٢. هل تعتقدين أنك كنت تفكرين فى _ _ _ أو _ _ _؟

٣. هل كنت تتخيلين شيئًا ممكن أن يحدث أو تتذكرين شيئًا قد حدث؟

٤. ماذا يعنى هذا الموقف بالنسبة لك (أو ماذا يقول عنك)؟

٥. هل كنت تفكرين (_ _ _ ؟) (يذكر المعالج فكرة مضادة للجواب المتوقع).

شكل ٦-٢ ملخص لطريقة التعرف على الأفكار التلقائية

وبإصرار قليل كانت سالى قادرة على إخبار المعالج بتخيلها. وإذا رأى المعالج أن التركيز على العاطفة لم يساعد، ينبغى على المعالج أن يغير الموضوع، حتى لا تشعر سالى بالحرج، أو أنها تحت التحقيق أو تشعر بأنها فاشلة فى التعبير عن أحاسيسها، أو القدرة على التعرف على أفكارها التلقائية مما يزيد من إحساسها بالفشل.

المعالج: مش مهم، حاجة مش مهمة.. إيه رأيك نكمل فى بقية مواضيع الأچندة؟

ومن ناحية أخرى، فإنه من الحكمة أن يتابع البحث عن هذا الإدراك الساخن، على الرغم من أنه من المرغوب فيه أن نساعد المريضة أن تتعرف على أفكارها الخاصة بدلاً من التخمين من جهه المعالج. وهناك عدد من الأسئلة يمكن أن تساعدها إذا لم تستطع ذلك؛ فيسألها المعالج أن تخمن أو تضع أمامها بعض الاحتمالات، ويمكنه أن يسأل عن تخيل معنى أى موقف بالنسبة لها، أو يسألها

عن فكرة معينة تكون مضادة تماما للفكرة التى يتوقع المعالج أن تكون برأسها.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك لما سألتك عاملة إيه فى المدرسة؟ وشعرت بالحزن؟

المريضة: مش عارفة، حقيقى مش عارفة. أنا بس حسيت بالحزن.

المعالج: إذا أنت خمنتى مثلاً، تقدرى تخمنى أنت كنت بتفكرى فى إيه؟ أو تفتكرى أنك كنت بتفكرى فى المدرسة، أو فى شغلك، أو فى العلاج؟ أو كنت متخيلة صورة فى دماغك؟ أو إيه المعنى اللى وصلك لما سألتك عن المدرسة؟ ولا كنت بتفكرى أن كل شيء ماشى تمام؟

التعرف على الأفكار التلقائية فى موقف معين:

وهذه الأسئلة نفسها يمكن استخدامها للتعرف على الأفكار التلقائية بين الجلسات. ومرة أخرى يحاول المعالج بالسؤال المعروف (ما الذى كان يجرى فى ذهنك؟) حينما تصف المريضة مشكلة ما، وغالبًا ما تساعد المعالج المريضة بسؤالها عن تفصيلات أكثر عما حدث.

المعالج: يعنى كنت قاعدة فى الصف، وفجأة حسيتى أنك عصبية؟ إيه اللى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: طب إيه اللى كان بيحصل؟

المريضة: كان الأستاذ بيشرح متطلبات البحث، وبعدين الولد اللى جانبي، همس فى ودنى وقال لى يا ترى هو عايزه يخلص إمتى؟

المعالج: يعنى الولد ده كلمك ساعة الأستاذ ما كان بيشرح؟ وأنت حسيت بالعصبية؟

المريضة: آه.. أنا عارفة أنا كنت بأفكر (هو قال إيه؟ أنا إيه اللى ما سمعتوش؟ دلوقت أن مش عارفة أعمل إيه).

وإذا لم يكن الوصف اللفظى للموقف كافيًا لإظهار الأفكار التلقائية، يمكن للمعالج أن يسأل المريضة أن تتخيل صورة للموقف كما لو كان حادثًا الآن، ويشجعها على وصف التفاصيل بقدر الإمكان متكلمة بالفعل المضارع.

المعالج: سالى ممكن تتخيلى أنك فى الفصل دلوقت، الأستاذ بيتكلم، الطالب اللى جانبك بيتكلم فى ودنك، وأنت حاسة بعصبية.. أو صفى الموقف بالتفاصيل الدقيقة على قد ما تقدري، زى ما تكون بتحصل دلوقت؟ إيه حجم الفصل؟ وأنت قاعدة فين؟ وفين الأستاذ؟ بيقول إيه؟ وأنت بتعملى إيه؟ وهكذا...

المريضة: أنا فى حصة الاقتصاد، الأستاذ واقف فى مقدمة الفصل أنا كنت قاعدة فى ثالث أو رابع صف، أنا كنت بسمع بصعوبة.

المعالج: يعنى.. أنا قاعدة فى ثالث أو رابع صف، أنا بأسمع بصعوبة (مساعدًا المريضة على أن تتخيل أن ذلك يحدث الآن).

المريضة: هو بيقول حاجة عن إيه المواضيع اللى ممكن نختارها، نظرية اقتصادية فاحصة.. أو حاجة كده وبعدين الولد ده على الناحية الشمال ميل على ودنى وقالى (هو عاوز البحث ده إمتى؟).

المعالج: وإيه اللى بيدور فى مخك دلوقت حالاً؟

المريضة: هو الأستاذ قال إيه؟ أنا ما سمعتش إيه؟ أنا مش عارفة أعمل إيه.

هنا يساعد المعالج المريضة على تخيل الموقف كما لو كان يحدث الآن، وحينما يلاحظ أن المريضة تعود إلى الفعل الماضى يذكرها ويرشدها برفق إلى استعمال الفعل المضارع حتى تكون التجربة آنية.. وكذلك إذا كانت المريضة تجد صعوبة فى التعرف على أفكارها التلقائية فى موقف تفاعل بين أشخاص، يمكن

للمعالج أن يساعدها فى إعادة الموقف من خلال تمثيل الأدوار، فتشرح المريضة من قال ماذا لفظيًا، ثم تمثل المريضة نفسها ويمثل المعالج الشخص الآخر.

المعالج: يعنى أنت كنت حاسة بحزن وإحباط لما كنت بتتكلمى مع زميلك فى الصف عن الواجبات؟

المريض: أيوه.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك لما كنت بتتكلمى معاه؟

المريضة: مش عارفة أنا بس كنت حاسة بإحباط.

المعالج: ممكن تقولى لى أنت قلت لها إيه وهى قالت لك إيه؟

المريضة: (تصف الحوار اللفظى).

المعالج: إيه رأيك نمثل الحكاية؟ أنا حاأكون زميلتك؟ وأنت هاتكونى أنت.

المريضة: ماشى.

المعالج: وإحنا بنحاول إعادة خلق الموقف، شوفى لو تقدرى تتصورى اللى كان بيدور فى دماغك.

المريضة: (تومئ)

المعالج: هه ابدأى هتقولى إيه فى الأول.

المريضة: كارين، ممكن أسألك سؤال.

المعالج: بالتأكيد.. بس ممكن تتصلى بى بعدين، أنا لازم الحق الحصة الثانية حالاً.

المريضة: ده سؤال سريع.. أنا عاوزة بس أسأل عن اللى قاله دكتور سميث عن ورقة البحث.

المعالج: أنا فعلاً مستعجلة دلوقت، اتصلى بى بعد السابعة، ماشى؟ باى باى

بره التمثيل هل كنت واعية باللى بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: أيوة. أنا كنت حاسة أنها مشغولة جدًا عنى، أو مش عـــايزة تســـاعدنى بجد، وما كنتش عارفة أعمل إيه.

المعالج: يعنى كان عندك الأفكار دى (هى مشغولة جدًا عنى) (هى فى الحقيقة مش عايزة تساعدنى) (أنا مش عارفة أعمل إيه)؟

المريضة: تمام.

المعالج: والأفكار خلتك تشعرى بالحزن؟

المريضة: نعم.

وإذا كانت المريضة ما زالت غير قادرة على الإخبار بأفكارها، يفضل أن ينتقل المعالج إلى شئ آخر أو يستخدم الأسئلة الخاصة (المبنية فى شكل٦-٢).

التعرف على أفكار تلقائية إضافية:

من المهم أن يستمر المعالج فى سؤال المريضة حتى ولو أعلنـــت بعـــض الأفكار المبدئية، وهذه الأسئلة الإضافية يمكن أن تستحضر أفكارًا أخرى مهمة.

المعالج: يعنى لما استحضرت اللى حصل فى الامتحان فكرت (كـــان المفـــروض أعمل أكثر من كده، كان لازم أذاكر أحسن من كدة) إيه ثانى اللى دار فى مخك؟

المريضة: كل الناس ممكن يكونوا جاوبوا أحسن منى.

المعالج: طب وبعدين؟

المريضة: أنا فكرت (المفروض ما كنش هنا، أنا فاشلة).

وينبغى للمعالج أن يكون واعيًا أن المريضة يكون لـــديها أفكـــار تلقائيـــة أخرى. ليس على الموقف نفسه، وإنما عن رد فعلها تجاه الموقف.

فيمكن أن تدرك مشاعرها، أو تصرفاتها أو استجابتها الفسيولوجية تجاه الموقف بطريقة سلبية.

المعالج: يعنى كانت عندك فكرة (أنا ممكن أحرج نفسى) وشعرت بالقلق، وبعدين حصل إيه؟

المريضة: بدأ قلبى يدق بسرعة وفكرت (يا ترى أنا إيه اللى بيجرالي؟)

المعالج: وحسيت ب.....؟

المريضة: قلق أكثر.

المعالج: وبعدين.

المريضة: أنا فكرت أنى عمرى ما حاتحسن.

المعالج: وحسيتى...

المريضة: حزينة ويائسة.

لاحظ هنا أن المريضة أولاً كان لديها أفكار تلقائية عن موقف معين (التطوع فى الفصل) ثم كان لديها أفكار عن قلقها وتفاعلاتها الجسمانية. وفى حالات كثيرة تكون هذه التفاعلات الجسمانية مؤلمة وتضاعف بشدة القلق الموجود. ولكى نعمل بكفاءة تامة ينبغى أن نحدد أولاً النقطة التى بدأت عندها متاعب المريضة (قبل أو أثناء أو بعد حدث معين) وماذا كانت أفكارها التلقائية فى أثناء هذه النقطة. ويمكن للمريضة أن تكون لديها أفكار تلقائية عند توقع موقف معين (ماذا لو صرخت فى وجهى؟) أو فى أثناء الموقف (لقد ظننت أنى غبية) وبعد الموقف متأملة فيما حدث (أنا لا أستطيع عمل أى شئ بطريقة صحيحة، لم يكن يجب أن أحاول أصلاً).

التعرف على الموقف المشكلة:

المعالج: (ملخصًا) يعنى كنت متضايقة جدًا الأيام اللى فاتت، ولكن مش متأكدة ليه أنت عندك مشكلة فى التعرف على أفكارك، بس كنت حاسة بالضيق معظم الوقت، لكن ليه مش عارفه، مضبوط؟

المريضة: أيوة، أنا بس مش عارفة ليه أنا شاعرة بالحزن معظم الوقت.

المعالج: إيه نوع الحاجات اللى كنت بتفكرى فيها؟

المريضة: المدرسة، دى واحدة وكمان علاقتى مش كويسة مع زميلتى فى السكن وحاولت أتصل بماما تانى لكن ما عرفتش أوصل لها، مش عارفة أى حاجة.

المعالج: يعنى فيه مشكلة مع المدرسة، مع زميلتك فى السكن، فى الوصول لوالدتك فيه حاجة ثانية؟

المريضة: أيوة.. ماكنتش حاسة إن صحتى كويسة، خايفة أمرض مرض كبير قبل ما أخلص ورقة البحث دى.

المعالج: إيه أكثر حاجة مضايقاكى من الحاجات اللى قولتيها دي؟ المدرسة، زميلتك، الوصول لوالدتك، إحساسك بالتعب.

المريضة: أوه.. حقيقى مش عارفة.

المعالج: خلينا بس نكتب الأربع حاجات دي؟ دلوقت خلينا نفترض أن حكاية التعب دى اتخلصنا منها يعنى أنت دلوقت صحتك كويسة، قد إيه القلق دلوقت؟

المريضة: تقريبا هوهو.

المعالج: طيب، نقول، نقول فرضًا، إنك وصلت لماما بعد الجلسة فورًا، واطمأنيتى عليها؟ حاسة بإيه دلوقت؟

المريضة: شوية أحس بس مش كثير.

المعالج: طيب.. خلينا نقول مشكلة المدرسة؟ هى إيه مشكلة المدرسة؟

المريضة: لازم أخلص ورقة البحث الأسبوع الجاى.

المعالج: خلينا نفترض أنك سلمت الورقة بدري، وعملتيها كويس خالص دلوقت إيه إحساسك؟

المريضة: دى حتبقى راحة عظيمة لو الورقة دى خلصت، وخلصت كويس.

المعالج: يعنى معنى كدة إن أهم مشكلة عندك هى مشكلة ورقة البحث؟

المريضة: نعم.. أعتقد كدة.

المعالج: دلوقت علشان نتأكد، لو لسة عندك الورقة بتشتغلى فيها، وحكاية زميلتك فى السكن لسه ما تحلتش؟ حا تشعرى بإيه؟

المريضة: مش كويس قوي، أعتقد أنها الورقة اللى شاغلانى أكثر حاجة.

المعالج: فى دقيقة، حنركز على مشكلة المدرسة، لكن أولاً عاوزك تراجعى إحنا إزاى اتصورناها علشان تعمليها لوحدك بعد كدة.

المريضة: إحنا عملنا لستة بكل المشاكل المحتملة، وتخيلنا أننا خلينا واحدة واحدة.

المعالج: وأنت شفت إيه أكثر مشكلة حتريحك لو انحلت؟

المريضة: نعم.

(ويركز المعالج والمريضة على مشكلة المدرسة، فيحددان ثم يتجاوبان مع الأفكار التلقائية ويحاولان طرح حلول).

ويمكن أن تستخدم الطريقة نفسها فى مساعدة المريضة فى تحديد ما هو أهم جزء من المشكلة المعنية أكثر إزعاجًا.

المعالج: يعنى كنت شوية متضايقة من زميلتك فى الغرفـــة، إيـــه بالضـــبط اللـــى مضايقك منها؟

المريضة: أوه، أنا مش عارفة، كل حاجة.

المعالج: ممكن تذكرى بعض الحاجات.

المريضة: مثلاً تأخذ أكلى ما تحتطش مكانه، مش بطريقـــة لئيمـــة لكـــن برضـــة بتضايقني، ولها صديق وكل ما بتتكلم عنه أحس أنى ماليش حد، وبعـــدين فوضوية مش مرتبة.. وبعدين مش مهتمة كدة مثلاً تنسى تـــدينى رســـالة على التليفون وحاجات زى كدة.

المعالج: فيه حاجة ثانية.

المريضة: دى أهم الحاجات.

المعالج: كويس إحنا عملنا ده قبل كدة، خلينى أقرأ لك الحاجات ثانى علشان نشوف إيه أكثر حاجة مضايقاكي. ولو ما قدرتيش، هنتخلص نظريًا منهم واحـــدة بواحدة ونشوف أى واحدة ها تعمل فرق فى مشاعرك؟ ماشى؟

التفرقة بين الأفكار التلقائية والتأويل

حينما يسأل المعالج المريضة عن الأفكار التلقائية، فإنه يبحث عن الكلمات الحقيقية أو التخيلات التى دارت فى مخها حتى تتعلم كيـــف تتعـــرف علـــى هـــذه الأفكار. وربما يذكر المرضى "تأويلاتهم" التـــى تعكـــس أو لا تعكـــس أفكـــارهم الحقيقية، وفى المثال التالى يرشد المعالج مريضته لكى تسجل أفكارها.

المعالج: لما شفت البنت دى فى الكافتيريا، إيه اللى دار فى مخك؟

المريضة: أفتكر إن كان عندى إنكار لمشاعرى الحقيقية .

المعالج: إيه فعلاً اللى كنت بتفكرى فيه؟

المريضة: مش متأكدة أنت بتقصد إيه؟

في هذا السياق ذكرت المريضة تأويلاً لما كانت تحسه وتفكر فيه. وفي التالي يحاول المعالج مجددًا بالتركيز على مشاعرها.

المعالج: لما شفتيها، إيه المشاعر اللى حسيتيها؟

المريضة: أفتكر إني كنت باحاول أتجاهل مشاعري.

المعالج: إيه المشاعر اللى كنت بتتجاهليها؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: لما شفتيها، هل شعرت بسعادة؟.. إثارة؟ (مقدمًا شعورًا معاكسًا لما هو متوقع لتحفيز تذكرها).

المريضة: لا.. على الإطلاق.

المعالج: ممكن تفتكري وأنت ماشية ناحية الكافتيريا وشفتيها؟ ممكن تتخيلي ده في مخك؟

المريضة: أوه هه.

المعالج: إيه مشاعرك؟

المريضة: حزينة.. أفتكر.

المعالج: وأنتى بتيجي عليها، إيه أي اللى كان بيدور في دماغك؟

المريضة: أشعر بحزن حقيقي، فراغ في معدتي (هنا تذكر مشاعر واستجابات فسيولوجية بدلاً من أفكار).

المعالج: إيه اللى بيدور في مخك دلوقت؟

المريضة: هي فعلاً جميلة، أنا ما أجيش حاجة بالنسبة لها.

المعالج:(يكتب كلمات المريضة) كويس فيه حاجة ثانية؟

المريضة: لا أنا بس مشيت لغاية الترابيزة، وبدأت أتكلم مع زميلاتى.

التفرقة بين الأفكار التلقائية النافعة وغير النافعة نسبيًا:

وحتى تتعلم المريضة كيفية التعرف على الأفكار المعينة التى تضايقها؛ فربما تسجل عددًا من الأفكار بعضها مجرد وصفى أو حميد أو ليس له علاقة بالمشكلة. وأما الأفكار التلقائية ذات المغزى دائمًا ما تكون مرتبطة بتوتر شديد. وكما فى الجزء السابق يحاول المعالج أن يقرر ما هى الفكرة أو الأفكار التى ينبغى التركيز عليها للفائدة.

المعالج: يعنى أنت كنت شاعرة إلى حد ما بالحزن لما حطيتى سماعة التليفون، إيه اللى كان بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: آه.. صديقتى فى المدرسة فعلاً عاملة كويس خالص، وجدت شغل، وعاملة علاقات مع كثير من أصدقاءنا. وبتستخدم سيارة الأسرة، علشان كدة مش متقيدة. ساعات أتمنى أنى أكون زيها، بصراحة ممتازة، أنا مجرد فاشلة.

المعالج: كان عندك الأفكار دى (أنا مجرد خاسرة) لما حطيتى السماعة؟

المريضة: (تومئ).

المعالج: فى حاجة ثانية فى دماغك؟

المريضة: لا مفيش غير أنى فاشلة وعمرى ما حاكون زيها.

تحديد الأفكار التلقائية الخفية فى المحادثة:

يحتاج الناس إلى أن يتعلموا كيف يحددون الكلمات الحقيقية التى تدور فى أذهانهم حتى يستطيعون تقييمها بدقة. وفيما يلى بعض الأمثلة عن الأفكار الخفية

فى مقابل الكلمات الحقيقية

الأفكار الخفية	**الأفكار التلقائية الحقيقية**
- أنا أعتقد أنى كنت أسأل إن كان يحبنى.	- هل هو يحبنى؟
- أنا لا أعرف إن كان الذهاب للأستاذ يعتبر مضيعة للوقت.	- إنه من المحتمل أن يكون مضيعة للوقت إذا ذهبت.
- أنا لا أستطيع أن أهيئ نفسى لأبدأ القراءة.	- أنا لا أستطيع ذلك.

يحاول المعالج برفق أن يقود المريضة للتعرف على الكلمات الحقيقية التى دارت فى ذهنها.

المعالج: يعنى لما احمريتى خجلاً فى الفصل، إيه اللى كان بيدور فى دماغك؟

المريضة: يمكن، كنت بأسأل نفسى لو كان فكر فى أنى غريبة.

المعالج: ممكن تفتكرى الكلمات الحقيقية اللى كنت بتفكرى فيها؟

المريضة: (مرتبكة) مش عارفة أنت تقصد إيه!

المعالج: يعنى كنت بتفكرى (أنا يمكن بأخمن لو كان فاكرنى غريبة) أو (يا ترى هو يفتكر إنى غريبة؟).

المريضة: أيوة فهمت.. الثانية أو بالضبط أعتقد أنها كانت (يمكن هو بيفتكر أنى غريبة).

تغيير صيغة الأفكار التلغرافية والاستفسارية:

يصف المرضى غالبًا أفكار كاملة المفهوم. وبما أنه من الصعب تقييم هذه الأفكار التلقائية يرشد المعالج المريضة لكى تعبر عن أفكارها بالتفصيل.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك لما أعلن عن الورقة البحثية؟

المريضة: آه، آه، أنا بس فكرت آه.. آه.

المعالج: ممكن تقولى لى إيه معنى الفكرة آه.. آه.

المريضة: أنا مش ها أعرف أعمل الشغل ده.. عندى حاجات كثيرة أعملها.

وإذا لم تستطيع المريضة توضيح أفكارها، يمكن للمعالج أن يقدم فكرة معاكسة (هل آه.. آه يعنى أنه جيد وجميل). والأفكار التلقائية قد يعبر عنها فى صيغة سؤال مما يزيد من صعوبة التقييم، ولهذا يساعد المعالج مريضته للتعبير عن الأفكار فى جمل قبل مساعدتها فى عملية التقييم.

المعالج: يعنى أنت حسيتى بالقلق؟ إيه اللى كان بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: كنت باأفكر (يا ترى هعدى الامتحان؟)

المعالج: طيب قبل ما نقيم الفكرة دي. ممكن نقلبها إلى جملة علشان نعرف نشتغل فيها بسهولة؟ هل كنت بتفكرى أنك حا هتعدى ولا مش هتعدى.

المريضة: مش هعدى.

المعالج: يعنى ممكن نصيغ فكرتك كالتالى. (أنا ممكن ما عديش الامتحان)؟

وهذا مثال آخر:

المعالج: يعنى كان عندك الفكرة (إيه اللى هيحصل لى إذا أصبحت أكثر وأكثر عصبية؟) إيه اللى خايفة إنه يحصل؟

المريضة: مش عارفة أفقد أعصابى.. يمكن.

المعالج: خلينا نبص على الفكرة(أنا ممكن أفقد أعصابى).

فى المثال السابق، يقود المعالج المريضة إلى التصريح بدقة عن مخاوفها. وفى المثال التالى تعانى المريضة مبدئيًا من صعوبات فى التعرف على مخاوفها

المرتبطة بأفكارها التلقائية. وهنا يحاول المعالج تجربة عدة أسئلة مختلفة للتعرف على الفكرة:

المعالج: يعنى فكرت (طب وبعدين؟) إيه اللى فكرتى أنه ممكن يحصل بعدين؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: هل كنت خايفة أن فيه حاجة معينة تحصل؟.

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: إيه أسوأ حاجة ممكن تحصل فى الظروف دى؟.

المريضة: آ آ آ آه ممكن أنفصل من المدرسة.

المعالج: تفتكرى ده اللى كنتى خايفة أنه يحصل فى الوقت ده؟

والمربع التالى يوضح كيف يمكن تغيير صيغة السؤال إلى جمل حتى يمكن تقييمها:

السؤال	الجملة
هل أستطيع أن أتكيف؟	أنا أستطيع التكيف.
هل سأتحمل إذا رحلت عنى؟	لن أستطيع التحمل إذا رحلت عنى.
ماذا لو لم أستطع عمل ذلك؟	سوف أفقد عملى إذا لم أستطع عمل ذلك.
ماذا لو صرخت فى وجهى؟	سوف تؤذى مشاعرى إذا صرخت فى وجهى.
كيف أستطيع الدخول خلاله؟	لن أستطيع الدخول خلاله.
ماذا لو لم أتغير؟	سوف أكون بائسة إلى الأبد لو لم أتغير.
لماذا يحدث لى ذلك؟	لا ينبغى أن يحدث ذلك لى.

تعليم المرضى كيفية التعرف على الأفكار التلقائية:

كما ذكرنا فى الفصل الرابع، يستطيع المعالج أن يعلم مرضاه مهارة

التعرف على الأفكار التلقائية حتى من الجلسة الأولى، وهنا يوضح المعالج فقط النموذج المعرفى مستخدمًا مثالاً من المريضة نفسها.

المعالج: سالي.. لما تلاقى فيه أى تغير فى مشاعرك أو بقيتى أسوأ فى الأسبوع الجاى ممكن تقضى وتسألى نفسك (إيه اللى بيدور فى مخى دلوقت حالا؟)

المريضة: حاضر.

المعالج: ممكن تكتبى بعض الأفكار دى على الورقة؟

المريضة: بالتأكيد.

وفى الجلسات التالية يمكن للمعالج أن يعلم مريضته بصراحة طرق أخرى إذا كان السؤال (ما الذى يجرى بخاطرك الآن) لا يساعد كثيرًا.

المعالج: فى بعض الأحيان ممكن ما تكونيش قادرة أنك تقولى أنت كنت بتفكرى فى إيه. علشان كدة ممكن ساعتها أو فى وقت ثانى تحاولى اللى عملناه دلوقت فى الجلسة دي. حاولى تستعيدى المنظر على قد ما تقدرى فى خيالك، زى ما يكون بيحصل ثاني، وبعدين ركزى على مشاعرك، وبعدين اسألى نفسك (إيه اللى بيدور فى مخى؟) تفتكرى حتقدرى تعملى كده؟ وإلا تيجى نعملها تاني؟

المريضة: هحاول.

وكذلك إذا كان طرح السؤال الأساسى والتخيل ليسا كافيين، يمكن للمعالج أن يعلم المريضة بوضوح كيفية وضع فرضية عن أفكارها، ولكن يفضل أن تستخدم هذه الطريقة كحل ثانٍ لأنه غالبًا ما يذكر المريض تبريرًا متأخرًا بدلاً من ذكر أفكاره الحقيقية فى ذلك الوقت.

المعالج: إذا فيه عندك صعوبة فى تصور إيه اللى بيدور فى مخك، عندك هنا فى الشكل ده بعض الأسئلة اللى ممكن تسأليها لنفسك (انظر شكل ٦-٢).

المريضة: ماشى.

المعالج: السؤال الأول: إذا اضطررت، يا ترى ممكن أخمن أنا كنت بافكر فى إيه؟ أو هل كنت باأفكر فى كذا أو كذا؟ أو هل كنت باتخيل حاجة أو بافكر فى حاجة أو افتكرت حاجة؟ أو الموقف ده بيعنى إيه بالنسبة لى؟ أو ممكن تفكرى فى فكرة مضادة للى ممكن يدور فى ذهنك يمكن نحفز ذاكرتك.

المريضة: مفهوم.

المعالج: إيه رأيك تجربى الأسئلة دى الأسبوع ده إذا وجدت صعوبة فى التعرف على أفكارك التلقائية أو لو تخيل الموقف مرة ثانية ما ساعدش .

المريضة: كويس

والخلاصة، أن الأشخاص ذوى الاضطرابات النفسية لديهم أخطاء متوقعة فى تفكيرهم. ويساعدهم المعالج المعرفى على التعرف على أفكارهم التلقائية المعطلة أو الخاطئة ثم يقيمونها ويحاولون إصلاحها.. وتبدأ العملية بالتعرف على أفكار تلقائية معينة فى مواقف معينة. والتعرف على الأفكار التلقائية مهارة يمكن أن تتكون بسهولة وطريقة طبيعية عند بعض المرضى بصعوبة بالنسبة للآخرين. ويحتاج المعالج إلى الاستماع جيدًا ليتأكد أن المرضى يصفون أفكارًا حقيقية، وربما تحتاج إلى تغيير استفساراته إذا لم يستطع المرضى التعرف على أفكارهم. والفصل الثانى سوف يوضح مع أشياء أخرى الفرق بين الأفكار التلقائية والمشاعر.

الفصل السابع

التعرّف على المشاعر

إن للمشاعر أهمية أساسية للمعالج المعرفي، وبعد كل شيء يكون الهدف الأساسى للعلاج هو تحسن المشاعر، والتخفيف من مستوى التوتر لدى المريضة حينما تطور أفكارها التلقائية.

والمشاعر السلبية القوية مؤلمة، وربما تكون معطلة إذا أثرت على قدرة المريضة على التفكير بوضوح أو قدرتها على حل المشاكل أو العمل بكفاءة أو الحصول على الرضا. والمرضى النفسيون غالبًا ما يختبرون مشاعرهم أكثر مما يتطلب الموقف؛ فعلى سبيل المثال شعرت سالى بذنب شديد ثم حزن حينما اضطرت إلى إلغاء حدث اجتماعى بسيط مع زميلتها فى السكن. وكانت أيضًا شديدة القلق حينما فكرت فى الذهاب لأستاذها لطلب المساعدة. وعلى الرغم من أن المعالج يدرك عدم مناسبة المشاعر، فإنه يمتنع عن تسميتها بذلك، وخصوصا فى مراحل العلاج الأولى، وإنما يؤكد ويتعاطف مع ما تشعر به المريضة. أنه لا يتحدى مشاعر المريضة ولكنه يركز على الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات التى تتسبب فى إزعاجها حتى يستطيع التخفيف من مشاعرها.

وليس على المعالج أن يحلل كل المواقف التى تشعر فيها المريضة بالحزن، وإنما المعالج المعرفى يهدف إلى التخفيف من ضغط المشاعر الناجم عن التأويل الخاطئ لموقف ما؛ فالمشاعر السلبية هى جزء من حياتنا الغنية بالمشاعر وتعمل كما يعمل الشعور بالألم الجسمانى منبهة إيانا بمشكلة محتملة تحتاج إلى الاهتمام. وبالإضافة إلى ذلك يهدف المعالج إلى تقوية مشاعر المريضة الإيجابية خلال الأسبوع، وكذلك الذكريات الإيجابية من خلال مناقشة (دائمًا مختصرة نسبيًا) هوايات المريضة أو الأحداث الإيجابية التى حدثت خلال الأسبوع، وكذلك الذكريات الإيجابية،... وهكذا. وغالبًا ما يعطى واجبًا منزليًا يهدف إلى زيادة عدد

النشاطات التى تشعر فيها المريضة بالسيطرة والسرور (انظر الفصل الثانى عشر)، وهذا الفصل يشرح كيف تفرق بين المشاعر والأفكار التلقائية، وكيف تميز بين المشاعر، وكيفية تسميها، وكيف تحدد كثافتها وقوتها.

التمييز بين الأفكار التلقائية والمشاعر:

كثير من المرضى لا يفهمون بوضوح الفرق بين ما يفكرون به وما يشعرون به. ويحاول المعالج أن يفهم تجربة المريضة، ويحاول أن يشاركها هذا الفهم. وباستمرار وبهدوء يساعدها على رؤية أحاسيسها من خلال النموذج المعرفى، وينظم المعالج المواد التى تقدمها المريضة فى مجموعات النموذج المعرفي.

موقف ← أفكار تلقائية ← ردود أفعال (مشاعر - سلوك - استجابات فسيولوجية)، وينبغى أن يكون المعالج متنبهًا للمواقف التى تكون فيها المريضه غير مستطيعة للتفريق بين الأفكار والمشاعر (مشوشة). فى هذه الأوقات وبناء على سير الجلسات وأهدافهما ودرجة التعاون بينهما، يقرر المعالج أن يتجاهل هذا التشويش كلية ليتناوله فيما بعد أو يتناوله فى وقته (سواء صراحة أو ضمنا).

وفى بعض الأحيان يكون الخلط بين الفكرة والشعور غير ذات أهمية فى موقف معين، وفى هذه الحالة يتجاهل المعالج التشويش بالمرة، وأنه لمن الأفضل أن نتعامل مع التشويش فى مناسبة أخرى إذا كان لابد من مناقشته.

المعالج: أنت قلت لما وضعنا الأچندة إنك حبيتى تتكلمى عن المكالمة التليفونية اللى عملتيها مع أخوكى.

المريضة: أيوه. أنا طلبته من يومين، وحسيت أن زى ما يكون مش عايز يكلمنى، حسيت كده أنه بعيد، حسيت أن مش مهم عنده إذا كنت أطلبه أو لا.

المعالج: إذًا فعلاً حقيقى إن مش مهم عنده إنك تطلبيه أو لأ .. ده معناه إيه بالنسبة لك؟

هنا يحاول المعالج أن يكشف عن المعتقدات التحتية متجاهلاً هنا الخلط بين المشاعر والأفكار التى ذكرتها المريضة. إنهما يتقدمان لتقييم وتعديل افتراضى معطل وفى مناسبة أخرى ينظر المعالج للخلط بأهمية، ولكنه يخشى أنه فى حالة توضيح ذلك سوف يعطل سير الجلسة أو هذا الجزء من الجلسة فيستمر فى مناقشة ما هو فيه ثم يعود ليفرق بين المشاعر والأفكار مؤخرًا.

المعالج: أنا عاوز أرجع لحاجة اتكلمنا فيها من شوية، فاكرة لما قلتى لى إنك عرفت أن لازم تروحى المكتبة بس حسيتى إنك مش عاوزة تروحي؟

المريضة: أيوة

المعالج: أنا بتهيالى أنه كان عندك زى فكرة، (أنا مش عاوزة أروح) (أنا مش باحب أروح).

المريضة: أنا فكرت.. أنا مش حابّة أروح.

المعالج: أنت كنت قلقانة شوية بتهيألى؟

(وفى أحيان كثيرة يصحح المعالج بهدوء هذا الخلط بين المشاعر بالأفكار).

المريضة: أنا كنت راقدة فى السرير، بأبص فى السقف، حاسة أنى عمرى ما هأقدر أقوم وهاروح الحصة متأخرة.

المعالج: يعنى كنت راقدة فى السرير، وكان عندك فكرتين (أنا عمرى ما هأقدر أقوم) و(هاروح الحصة متأخرة).

المريضة: بالضبط.

المعالج: إزاى الأفكار دى أثرت على مشاعرك؟

وأخيرًا فى بعض الأحيان يقرر المعالج عمل تحديد واضح للمريضة

ناصحًا إياها بأن عليها أن تفعل ذلك فى الوقت نفسه، واضعًا فى اعتباره أن ذلك لا يقطع خط سير الجلسة.

المعالج: يا ترى كان فيه مرات الأسبوع ده فكرتى تعملى واجب العلاج.

المريضة: آه مرات قليلة.

المعالج: ممكن تفتكرى مرة منهم بالتحديد.

المريضة: الليلة اللى فاتت، بعد العشاء، كنت باغسل إيدى، وأدركت أن ميعادنا النهارده.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: كنت حاسة زى ما يكون مالوش لازمة، يمكن ما يفيدش.

المعالج: دى أفكار كويسة، هنرجع نقيمها فى دقيقة، لكن الأول أنا عاوزك تفرقى بين الأفكار والمشاعر؟ ماشى؟

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: المشاعر هى اللى بتحسى بيها بقلبك زى الحزن، الغضب القلق وهكذا. والأفكار اللى بتفكرى فيها سواء فى كلمات، صور، خيالات. ياترى دى واضح لك؟

المريضة: أفتكر كدة؟

المعالج: كويس.. خلينا نرجع ثانى لليلة إمبارح لما فكرتى فى الواجب المنزلي.. إيه المشاعر اللى كانت عندك؟

المريضة: حزينة.. أفتكر.

المعالج: وإيه الأفكار اللى كانت عندك؟

المريضة: ده ما لوش لازمة، أنا عمرى ما هابقى كويسة؟

المعالج: يعنى كان عندك الأفكار (ما لوش لازمة) أنا عمرى ما هابقى كويسة والأفكار جعلتك حزينة مش كدة؟

المريضة: أيوه.

فى هذا المثال، فى البداية وصفت المريضة الأفكار بالمشاعر، وفى بعض الأحيان ، تفعل المريضة العكس أى أن تسمى المشاعر أفكارًا.

المعالج: لما مشيتى ناحية أوضتك الهادية، سالى إيه اللى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: حزينة، وحيدة، محبطة فعلاً.

المعالج: يعنى شعرت إنك حزينة وحيدة ومحبطة، إيه الأفكار أو الخيالات اللى خلتك، تشعرى بالشعور ده؟

أهمية التفريق بين المشاعر:

إن المعالج المعرفى دائم التصور (تكوين المفهوم) وإعادة صياغة مشاكل مرضاه محاولاً فهم إحساس المرضى ووجهة نظرهم؛ فهو يحاول أن يحدد المعتقدات التحتية التى تنشأ فيها أفكار معينة فى مواقف معينة، والتى تؤثر على مشاعر مرضاه وتصرفاتهم، وأن الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك ينبغى أن تكون مفهومة لدى المعالج، وإن عليه أن يستمر فى البحث حينما تصف المريضة مشاعر لا تبدو أنها متطابقة مع محتوى أفكارها التلقائية كما فى المثال التالى:

المعالج: حسيت بإيه لما ماما ماتصلتش بيك حالاً؟

المريضة: كنت حزينة.

المعالج: إيه اللى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: يا ترى لو حصلها حاجة؟ يمكن فيه حاجة غلط.

المعالج: وحسيتى بالحزن؟

المريضة: نعم.

المعالج: أنا شوية متلخبط لأن ده زى ما تكون أفكار مقلقة، كان فيه حاجة ثانية بتدور فى مخك؟

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: إيه رأيك لو تتخيلى الموقف؟ أنت قلتى إنك كنت قاعدة جنب التليفون، منتظرة (يحاول المعالج مساعدة المريضة تخيل المنظر كصورة).

المريضة: وبعدين فكرت (ياترى لو حصل لها حاجة، يمكن فيه حاجة غلط).

المعالج: إيه اللى بيحصل بعدين؟

المريضة: أنا با أبص على التليفون، منفعلة دلوقت.

المعالج: إيه اللى فى دماغك دلوقت؟

المريضة: لو حاجة حصلت لماما؟ مش هايبقى فيه حد فاضل يهتم بى.

المعالج: مش هايبقى فيه حد فاضل يهتم. الفكرة دى خلتك تشعرى بإيه؟

المريضة: حزينة فعلاً.

إن هذا الحوار بدا متناقضًا فى البداية. وكان المعالج منتبهًا، وفكر فى تناقض محتمل بين محتوى الفكرة والمشاعر المرتبطة بها. وكان قادرًا على أن يساعد المريضة على أن تسترجع فكرة تلقائية عن طريق التخيل الاسترجاعى. و لو كان قد اختار التركيز على الأفكار المقلقة فقط، لكان قد فاته اهتمام من اهتمامات المريضة المركزية. على الرغم من أنه قد يكون من المفيد التركيز على فكرة أقل مركزية، فإن إيجاد الفكرة التلقائية الرئيسية غالبًا ما يسرع من عملية العلاج.

صعوبة تسمية المشاعر:

معظم المرضى يستطيعون تسمية مشاعرهم بطريقة صحيحة، ولكن البعض يعانون من ضعف فى تسمية المشاعر بالألفاظ، والبعض الآخر يعرف تمامًا بطريقة عقلية كيف يسمون المشاعر، ولكنهم يعجزون عن تسمية مشاعرهم. وفى كلتا هاتين الحالتين من المفيد أن تجعل المريضة تربط بين تفاعلها العاطفى فى مواقف معينة مع مسمياتها. وبتصميم خريطة للمشاعر كما هو مبين فى شكل (٧ - ١) يساعد المريضة على تسمية مشاعرها بشكل فعال.

غاضب	حزين	قلق
١- أخى قال إنه ذاهب لرؤية أصدقائه	١- أمى لم ترد على مكالمتى.	١- رفع إصبعى فى الصف.
٢- زميلتى فى الغرفة لم تُعِد الكتاب	٢- فى الاجتماع لم يعرنى أحد اهتمامًا.	٢- كتابة ورقة الاقتصاد.
٣- زميلتى فى الغرفة تعزف الموسيقى بصوت عال.	٣- © فى منتصف الكورس.	٣- لطلب من صديق الذهاب للعشاء.

شكل ٧-١ خريطة مشاعر سالي

المعالج: عاوز أخذ دقائق نتكلم عن المشاعر المختلفة، علشان إحنا الاثنين نفهم أنت بتشعرى بإيه فى المواقف المختلفة.

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: ممكن تفتكرى وقت كنت فيه غضبانة؟

المريضة: آه.. أيوه لما جه أخويا من الكلية، وكان يتصرف بتكبر وعظمة ما كانش عايز يقضى أى وقت معايا.

المعالج: تقدرى تفتكرى منظر معين.

المريضة: أيوة.. كانت إجازة الكريسماس، ما كنتش شفته من يوم عيد الشكر. أنا افتكرت إن إحنا هنقعد مع بعض فى الأول اللى جه فيه البيت، لكنه قال إنه ماشى حالاً علشان يقابل أصحابه.

المعالج: وإيه اللى كان بيدور فى مخك ساعتها؟

المريضة: هو فاكر نفسه مين؟ هو فاكر إنه عظيم علشان هو فى الجامعة دلوقت.

المعالج: وأنت حسيتى بإيه......

المريضة: هاتجنن.

حاول المعالج أن يجعل المريضة تتذكر حدثًا معينًا شعرت فيه بمشاعر معينة، ومن وصفها ظهر أن المريضة كما لو كانت قد تعرفت بطريقة صحيحة على مشاعرها، وحاول المعالج أن يتأكد من ذلك فسألها عن أفكارها التلقائية. ولقد تطابق محتوى هذه الأفكار مع مشاعرها التى ذكرتها.

وبعد ذلك سألها المعالج أن تتذكر حدثين آخرين شعرت فيهما بالغضب، وهذا التبادل يحدث بسرعة، ولا يسأل المعالج عن الأفكار؛ لأنه تأكد من كلامها أنها تصف مشاعرها بدقة ثم يتبع ذلك بإعطاء واجب.

المعالج: خلينا نكتب الثلاث مواقف دول اللى شعرتى فيهم بالغضب. هنا خلينا نعمل خانات، ونسمى الأول (غاضب) ممكن تسجلى كلمتين يوصفوا المواقف الثلاثة (انظر شكل ٧-١).

المريضة: تكتب؟

المعالج: إحنا مزنوقين فى الوقت شوية؟ افترضى إن هانسمى الخانتين التانيين حزين وقلق ممكن تفكرى فى أى مواقف تتناسب مع المشاعر دى وتكتبيها فى البيت. ممكن تعملى الكلام ده بدون إزعاج لكى؟

المريضة: أيوة.. ممكن.

المعالج: (متأكدًا إن كانت المريضة قد فهمت الهدف من الواجب) يا ترى أنت فاكرة ليه الموضوع يستاهل نضيع فيه وقت، تعرفى تفرقى بين المشاعر؟

المريضة: آه.. ساعات ما بقاش عارفة أنا بأحس بإيه أو إيه اللى مضايقنى علشان كدة ده ممكن يساعدنى.

المعالج: طبعًا، وممكن ترجعى للرسم ده لما تكونى مضايقة ومش عارفة تحددى طبيعة مشاعرك؟ كويس؟

المريضة: كويس.

المعالج: ممكن تكتبى بقى الكلام ده فى كراس الواجب بتاعك، علشان نخلص (خريطة المشاعر) ونرجع لها لما تكونى متضايقة.

ومرة أخرى نود التنبيه أنه ليس من الضرورى استخدام هذه الطريقة للتفريق بين المشاعر. فآخرون يمكنهم الاستفادة من مناقشة سريعة عبر الخطوط السابقة. والقليلون يمكنهم الاستفادة من قائمة من المشاعر السلبية (انظر شكل٧-٢) ومناقشة سريعة.

حزين، محبط، وحيد، غير سعيد
قلق، مشغول، خائف، مرعوب، متوتر
غضبان، منفعل، متهيج، منزعج
خجلان، محرج، مكسوف
محبط، (خائب الأمل)
غيور، حسود
متريث
مجروح
متشكك

الشكل ٧-٢ قائمة المشاعر السلبية

صعوبة تقدير درجة المشاعر:

إنه لمن المهم للمرضى أن لا يتعرفوا فقط على مشاعرهم، بل يستطيعوا تقدير درجة هذه المشاعر والخبرات؛ فالبعض قد يكون لديه اعتقادات خاطئة عن المشاعر نفسها؛ فمثلاً إذا شعروا ببعض الضغوط يعتقدون أنها سوف تتزايد وتصبح غير محتملة وبتعلم كيفية تقدير درجة المشاعر سوف يساعد المريض على مراجعة معتقداته.

وبالإضافة إلى ذلك، فإنه من المهم تقدير ما إذا كان الاستفسار عن الأفكار والمعتقدات والاستجابة لها بطريقة تكيفية كان فعالاً. ويحكم كلا من المريضة والمعالج إذا كان الإدراك يتطلب مزيدًا من التدخل لقياس درجة الهبوط في شدة المشاعر. والمعالج الذى يهمل تقييم درجة المشاعر يمكنه أن يفترض خطأ أن

تدخله العلاجى كان ناجحًا، وينتقل إلى الفكرة أو المشكلة التالية قبل الأوان أو على العكس من ذلك يستمر فى مناقشة فكرة ما أو اعتقاد غير مدرك أن المريضة لم تعد تنزعج بهذه الفكرة.

وأخيرًا فإن قياس شدة مشاعر معينة فى مواقف معينة قد يساعد المريضة والمعالج لكى يقررا ماإذا كان هذا الموقف يتطلب إمعانًا وتدقيقًا أكثر؛ فالموقف الأقل شحنًا بالمشاعر نسبيًا قد يكون أقل قيمة فى المناقشة من موقف أكثر إزعاجًا للمريضة حيث تنشط الاعتقادات المهمة.

ومعظم المرضى يتعلمون كيف يحكمون على درجة مشاعرهم بسهولة ويسر دون مساعدة مرئية.

المعالج: حسيتى بإيه لما صاحبتك قالت لك، آسفة. أنا ماعنديش وقت أساعدك حاليًا؟

المريضة: بيتهيألى حزينة شوية؟

المعالج: إذا كان أشد الحزن اللى حسيته فى حياتك أو تخيلتيه هو ١٠٠ وصفر هو مفيش حزن خالص. يا ترى حسيت قد إيه درجة الحزن لما قالت لك (أنا ما عنديش وقت حاليًا).

المريضة: حوالى ٧٥%.

وبعض المرضى يجدون صعوبة لوضع رقم معين لشدة المشاعر، وهنا يمكن للمعالج أن يضع مقياسًا.

صفر	٢٥%	٥٠%	٧٥%	١٠٠%
لا حزن	بعض الحزن	حزن متوسط	حزن شديد	أقصى ما يكون الحزن

الشكل (٧ – ٣)

المعالج: ساعات يكون أسهل إنك تفتكرى لما تتخيلى نفسك ثانى فى نفس الموقف (تسأل المريضة لتخيل الموقف كما لو كان حدث الآن).

ودلوقت ألقى نظرة على المقياس ده. قد إيه كنت حزينة وقتها؟ شوية؟ متوسطة؟ ولا كثير حزينة؟

المريضة: يعنى بين حزن شديد وأقصى حزن يمكن تخيله.

المعالج: يعنى بين ٧٥% و ١٠٠% ؟ يعنى كنت أقرب لأى رقم؟

المريضة: آه بيتهيألى ٨٠%.

وإذا كانت المريضة ما زالت تعانى من صعوبة فى تقدير شدة مشاعرها يمكن للمعالج مساعدتها على بناء مقياس أكثر حساسية لقياس شدة المشاعر كما هو مبين فى الشكل (٧-٣).

ويختار المعالج أكثر المشاعر غلبة ثم يقدم أو يظهر عرضًا للأسباب.

المعالج: أحيانًا يكون عمل لستة بمواقف معينة تكون مرتبطة بمشاعر بيساعد كثير. بس أنت عارفة ليه أنا بركز على النقطة دي؟ ليه ممكن يكون مهم معرفة قد إيه كانت شدة مشاعرك؟

المريضة: أنت قلت الأسبوع اللى فات، أنها طريقة علشان نعرف أن كان الموضوع يستاهل المناقشة ولا لأ، وكمان لو رجعنا ثانى لأى فكرة ممكن يساعدنا على معرفة حجم التحسن.

المعالج: كويس.. خلينا نعمل لستة بالمواقف اللى أنت حسيتى فيها بالقلق، إيه أكثر درجة من القلق ممكن تتخيليها أو مريتى بيها؟

المريضة: آه.. يمكن لما بابا عمل حادثة سيارة واعتقدت أنه هيموت.

المعالج: يكتب أو يجعل المريضة تكتب (حادثة الأب) فى أسفل الورقة دلوقت قولى لى وقت حسيتى فيها بأقل قدر من القلق؟

المريضة: يمكن يوم السبت لما كنت باتفرج على فيلم فى التلفزيون.

المعالج: كويس. هاحط ده فى أعلى الصفحة (يفعل ذلك) إيه رأيك فى موقف متوسط؟

المريضة: إمبارح لما فكرت قد إيه الشغل اللى لازم أعمله.

المعالج: (يكتب هذا البند فى وسط الصفحة) كويس. وقت ثانى كنت فيه قلقانة؟

المريضة: لما كان عندى ألم حاد فى جنبي، وكنت خايفة لتكون زايدة دودية؟

المعالج: كويس.. كنت قلقانة أكثر لما كان الألم و ألا لما فكرت قد إيه الشغل اللى لازم تعمليه؟

المريضة: التفكير فى شغلى، أنا كنت قلقانة شوية بس على موضوع الزائدة الدودية، لقيتها ما تجيش حاجة بالنسبة لقلقى على الشغل.

المعالج: يكتب (ألم فى مكان الزائدة الدودية قرب أعلى الصفحة) كويس.. موقف ثانى؟

المريضة: ليلة امتحان الاقتصاد.

المعالج: وده نحطه فين؟

المريضة: تحت حادثة بابا.

درجة المشاعر/القلق	المواقف
٠ %	مشاهدة التلفزيون السبت الماضي
١٠%	خايفة آجى للعلاج متأخرة النهارده
٢٠%	ألم فى جنبى اللى ناحية الزايدة
٣٠%	مستغربة ليه ماما اتصلت بدون توقع
٤٠%	با أفكر قد إيه عندى شغل لازم أعمله
٥٠%	أرفع إيدى فى الفصل لما أكون عارفة الإجابة
٦٠%	أفكر أروح لمساعد الأستاذ
٧٠%	الكلام مع أصدقائى على الحياة بعد التخرج
٨٠%	أرفع إيدى فى الفصل وأنا مش متأكدة من الإجابة
٩٠%	ليلة امتحان الاقتصاد
١٠٠%	يوم حادثة بابا

الشكل (٧-٣) مقياس سالى لشدة المشاعر

ويستمر المعالج والمريضة فى هذا الاتجاه حتى يجمعا عشرة مواقف مختلفة الشدة. وقد يحتاجان فى بعض الأحيان لإعادة تقييم بعض المواقف وشدتها النسبية. وقد يحذف أحد المواقف من القائمة إذا شعرت المريضة بأنه يتساوى فى شدة المشاعر المرتبطة به بأحد المواقف الأخرى، وإذا لم يتسع الوقت لتسجيل عشرة مواقف فى أثناء الجلسة، فيمكن للمعالج أن يطلب من المريضة متابعة ذلك كواجب منزلى. وحينما ترتب المواقع من درجة (لا قلق على الإطلاق) لأقصى شدة القلق يحدد المعالج رقم يطابق تقريبًا الموقف المناسب.

وإذا لم تراجع الأرقام والمواقف فعلى المعالج أن يعلم المريضة كيف تستخدم المقياس.

المعالج: كويس.. دلوقتى بقى عندنا مقياس، تعالى نشوف قد إيه هو مفيد. هل فيه أى موقف ثانى حصل الأسبوع ده لقيتى نفسك فيه قلقانة؟

المريضة: أيوة إمبارح لما افتكرت أنى لسة ماخلصتش واجب العلاج.

المعالج: استعملى مقياسك كمرشد قد إيه كنت قلقانة؟

المريضة: أيوة أكثر شوية من الشعور أنى حاجى متأخرة للجلسة.

المعالج: قد إيه الرقم اللى ممكن تحطيه؟

المريضة: حوالى ١٥% يمكن.

المعالج: جميل، أنا عاوزك تستعملى المقياس ده كمرشد لما تعوزى تقدرى قد إيه كانت درجة القلق اللى عندك؟ عندك مشكلة فى الحكاية دى؟

المريضة: لا.. أنا أعتقد أن ده أسهل.

استعمال شدة المشاعر كمرشد فى العلاج:

قد لا تدرك المريضة أى المواقف التى ينبغى طرحها للمناقشة فى العلاج، ويمكن للمعالج أن يسألها أن تقدر درجة الانزعاج أو التألم الذى تشعر به حتى تستطيع أن تقرر مناقشة أى المواضيع، وسوف يكون أكثر فائدة لها. وفى الحوار التالى يدرك المعالج سريعًا أنهما من المحتمل ألا ينجزا الكثير بالتركيز على موقف معين من المواقف التى طرحتها سالى.

المعالج: شعرتى بإيه لما زميلتك فى الغرفة خرجت مع صديقها بدل ما تخرج معاكي؟

المريضة: حزينة.

المعالج: تقريبًا كام فى المية حزن صفر ١٠٠%.

المريضة: مش كثير يمكن ٢٥،٢٠%.

المعالج: يعنى ما كنتيش متضايقة كثير، طيب كان فيه مواقف ثانية كنت فيها متضايقة شوية منها؟

والخلاصة أن يهدف إلى الحصول على صورة واضحة لموقف يكون مزعجًا للمريضة، ويساعدها على التمييز بوضوح بين أفكارها ومشاعرها. إنه يتقمص مشاعرها من خلال هذه العملية، ويساعدها على تقييم تفكيرها السلبى، والذى أثر على مشاعرها.

الفصل الثامن

تقييم الأفكار التلقائية

إن لدى المرضى آلاف الأفكار اليومية، بعضها معطل وبعضها غير معطل. ولتحقيق الغاية المنشودة يختار المعالج فكرة أو بعض الأفكار المهمة القليلة فى جلسة ما. وهذا الفصل سوف يتناول بالوصف كيفية اختيار أهم الأفكار التلقائية نفعًا للتقييم، وكيفية تقييم هذه الأفكار وكيفية تعليم المرضى نظامًا لتقييم أفكارهم بأنفسهم.

قرار التركيز على فكرة تلقائية:

يمكن للمعالج أن يكشف الغطاء عن أفكار تلقائية كثيرة فى جلسة ما. وحينما يكشف إحداها فإنه يقرر ماذا عليه أن يفعل بعد ذلك؟ فإن لديه اختيارات عديدة؛ حيث يمكنه:

١. أن يركز على الفكرة التلقائية. (قد إيه أنت دلوقت أو كنت بتؤمنى بالفكرة دي؟ وقد إيه كانت الفكرة دى بتأثر على مشاعرك؟ وعملتى إيه بعد ما راودتك الفكرة دى ؟)

٢. أن يحاول معرفة المزيد عن الموقف المصاحب للفكرة التلقائية (يا ترى كارين قالت لك إيه قبل ما تجيلك الفكرة دى؟ وده حصل إمتى؟ وأنت كنت فين؟ احكى أكثر عن الموقف ده من فضلك)

٣. أن يكتشف مدى نموذجية الفكرة التلقائية (يا ترى قد إيه بيراودك النوع ده من الأفكار؟ فى أى المواقف؟ وقد إيه النوع ده من الأفكار بيضايقك؟)

٤. التعرف على أفكار تلقائية أخرى وأخيلة مرتبطة بنفس الموقف (فيه حاجة ثانية دارت فى دماغك؟ أى صور أو خيالات؟)

٥. أن يحاول حل المشكلة المرتبطة بالفكرة التلقائية. (إيه الحاجات اللى ممكن تعمليها فى الموقف ده؟ يا ترى كنت بتعملى إيه فى المواقف دى قبل كده؟ وإيه اللى بتتمنى أنك تقدرى تعمليه؟)

٦. أن يكتشف المعتقدات التى انبثقت منها الفكرة التلقائية (إذا كانت الفكرة دى صحيحة، معناها إيه بالنسبة لك؟)

٧. الانتقال إلى موضوع آخر (كويس، أعتقد أنى فهمتك أنت عاوزة تقولى إيه، ممكن تقولى حصل إيه تانى الأسبوع ده؟)

٨. ولكن كيف يختار المعالج من بين هذه الاختيارات؟ إنه يسأل نفسه:

- ما الذى أريد أن أحققه فى هذه الجلسة؟ هل العمل على هذه الفكرة سوف يساعدنا فى الوصول إلى الهدف العلاجى الذى وضعته لهذه الجلسة؟

- ما الذى وضعته المريضة على جدول الأعمال (الأچندة)؟ وهل التركيز على هذه الفكرة سوف يعالج المشكلة التى تريد معالجتها؟ وإن لم يكن، فهل لدينا الوقت الكافى لنناقش ما يهمها؟ وهل سوف تتعاون معى فى تقييم هذه الفكرة؟
- هل هذه فكرة مهمة تستحق التركيز؟ هل تبدو حقًا فكرة عاطلة ومشوهة؟ وما مدى نموذجيتها للمناقشة؟ وهل مناقشتها سوف تساعد المريضة فى مواقف أخرى غير هذا الموقف؟ وهل فحص هذه الفكرة سوف يساعدنى على تكوين مفهوم أفضل عن المريضة؟

ولقد كانت سالى على سبيل المثال تصف مشكلة صادفتها، بينما كانت فى المكتبة:

المعالج: إيه اللى دار فى مخك لما معرفتيش تلاقى الكتاب اللى عاوزه؟

المريضة: إنهم هنا مش كفء والنظام ضعيف جدًا.

المعالج: وإيه المشاعر اللى جابتها الفكرة دى؟

المريضة: إحباط.

المعالج: قد إيه إحباط؟

المريضة: ٩٠%.

المعالج: وبعدين حصل إيه؟

المريضة: أنا قلت "مش مهم الكتاب"، ورجعت غرفتى، واشتغلت فى مسائل الكيمياء.

المعالج: وحصل إيه لمزاجك ساعتها؟

المريضة: حسيت أنى أحسن وانتهيت بأنى استعرت الكتاب من ليزا ولازم أرجعه لها على يوم الاثنين.

المعالج: يعنى حليتى المشكلة، فيه حاجة ثانية مهمة بالنسبة للموضوع قبل ما ننتقل لموضوع ثانى؟

هنا يرى المعالج أن الفكرة التلقائية، بينما تكون مزعجة فى وقت ما لا يتطلب مزيدا من النقاش؛ لأنه:

١. لم تعد سالى تنزعج بها.

٢. سالى قد تفاعلت معها بطريقة إيجابية.

٣. الموقف قد حل.

٤. توجد مشاكل أكثر إزعاجا فى الأچندة.

٥. لم تظهر سالى قبل ذلك نمطًا معطلاً فى مثل هذا النوع من المواقف.

التركيز على فكرة تلقائية:

وحينما يقرر المعالج معالجة فكرة تلقائية ما، فإنه يحاول أن يؤكد أن هذه الفكرة تستحق التركيز بتوجيه الأسئلة التالية:

- قد إيه تفتكرى أنك بتعتقدى فى الفكرة دى دلوقت (صفر – ١٠٠%)
- الفكرة دى بتخليكى تشعرى بإيه؟
- قد إيه قوتها (٠ – ١٠٠ %) المشاعر دى؟

فإذا كانت درجة الإزعاج قليلة، يستطيع المعالج اقتراح الانتقال إلى موضوع آخر. وأما إذا كانت المريضة تعتقد أن الفكرة التلقائية تؤثر بقوة ودلالة يظهر المعالج الصورة بطريقة أكثر وضوحًا طبقًا للنموذج المعرفي؟

١. إمتى جات لك الفكرة دي؟ فى أى المواقف خصوصًا؟
٢. إيه الأفكار المزعجة الثانية اللى فى مخك فى الموقف ده؟
٣. (خصوصًا لمرضى القلق) إيه اللى لاحظتيه لو أى حاجة حصلت فى جسمك؟
٤. وبعدين عملت إيه بعد كدة.

وبعد الحصول على صورة أكمل، يمكن للمعالج أن يلجأ لاى من الأمور التالية

- أن يكون مفهوما – بصوت عال أو بينه وبين نفسه – كيف تتطابق هذه الفكرة أو الأفكار مع تصوره الأشمل عن المريضة (سالى. مش ده يعتبر مثال ثانى على طريقة فهمك للأمور وتوقعك لفشلك؟)
- أن يستعمل هذه الفكرة التلقائية لتدعيم النموذج المعرفى (عادة فى

أول مراحل العلاج) إما ظاهرًا أو باطنًا فعلى سبيل المثال. (يعنى لما كنت فى المكتبة بتحاولى تذاكرى كان عندك الفكرة (أنا عمرى ما هاقدر أعرف كل ده) الفكرة دى خلتك حزينة وده خلاكى تقفلى الكتاب وتستسلمى؟ مضبوط؟

- أن يساعد المريضة على التقييم والاستجابة للأفكار التلقائية بطرح بعض الأسئلة السقراطية كما فى المثال التالى (سالي.. إيه الدليل أنك مش حاتقدرى تذاكرى كل الكيمياء؟)

- أن يحاول حل المشكلة مع المريضة.

(سالي: إيه اللى تقدرى تعمليه علشان تدرسى المادة دى أفضل؟)

- أن يستخدم تكنيك السهم الهابط (انظر الفصل العاشر صفحة....) لكى يكشف المعتقد التحتى.

(سالي، إن كان فعلاً أنك مش حا تقدرى تدرسى الكيمياء، ده معناه إيه بالنسبة لك؟)

أسئلة لتقييم فكرة تلقائية:

وبإظهار فكرة تلقائية ما، وإقرار أهميتها وكونها مزعجة، وبالتعرف على المشاعر المصاحبة لها (عاطفيًا، وفسيولوجيًا، وسلوكيًا) يمكن للمعالج أن يقرر مساعدة المريضة على تقييمها أنه لا يعترض مباشرة على الفكرة التلقائية، وذلك لسببين:

أولاً: أنه لا يعرف مقدمًا أن أية فكرة تلقائية هى بالضرورة معطلة أو مشوهة.

ثانيًا: إن الاعتراض المباشر يخرق مبدأ أساسيًا من مبادئ العلاج المعرفى وهو التجريب التعاونى، فالمعالج والمريضة كلاهما يختبران الفكرة التلقائية ويقيسان فعاليتها أو نفعها ويكونان استجابة أكثر إيجابية. وعلى المعالج أن

يضع فى اعتباره دائمًا أن الأفكار التلقائية نادرًا ما تكون خاطئة بصورة مطلقة، أنها تحمل بعض بذور الحقيقة، وأنه من الواجب أن نعترف ببذور الحقيقية تلك إن وجدت.

ويمكن للمعالج أن يستخدم أسئلة من الجلسة الأولى لكى يقيم فكرة تلقائية معينة، وفى الجلسة الثانية أو الثالثة يبدأ بشرح العملية بوضوح أكثر.

المعالج: (ملخصًا الجزء الأخير من الجلسة: يكتب الأفكار التلقائية على ورقة لكى يروها معًا) يعنى لما قابلتى صاحبتك كارين وأنت رايحة المكتبة كان عندك الفكرة (هى فعلاً مش مهتمة باللى بيحصل لى) والفكرة دى جعلتك حزينة؟

المريضة: أيوة؟

المعالج: وقد إيه كنت بتفكرى فى الفكرة دى وقتها؟

المريضة: أوة كثير، حوالى ٩٠%.

المعالج: وقد إيه كنت حزينة؟

المريضة: يمكن ٨٠%.

المعالج: يا ترى فاكرة إحنا قلنا إيه الأسبوع اللى فات؟ ساعات الأفكار التلقائية تكون حقيقية، وساعات يتضح إنها مش حقيقية وساعات يكون فيها بذره حقيقية. ممكن نشوف الفكرة دى دلوقت ونشوف قد إيه هى دقيقة؟

المريضة: ماشى.

المعالج: عندنا هنا لستة أسئلة عاوزين نبص عليها (انظر شكل ٨-١) تقدرى تحتفظى بالنسخة دي؟ هنشوف الأسئلة الخمسة الأولين، خلينى أسألك، إيه الدليل أن الفكرة كانت حقيقية، إنها فعلا مش مهتمة باللى بيحصل لك؟

المريضة: هاقولك، لما مرينا بطريق مشجر، كان واضح أنها مندفعة، وقالت لى بسرعة (مع السلامة يا سالي، أشوف بعدين) وفضلت ماشية بسرعة، ويمكن حتى ما بصتش عليَّ)

المعالج: فى حاجة ثانية؟

المريضة: لا. اتهيأ لى لا.

المعالج: كويس.. دلوقت فيه أى دليل. من الناحية الثانية. إنها ممكن تكون مهتمة باللى بيحصل لك؟

المريضة: (تجيب بصورة عامة) هى لطيفة جدًا، إحنا أصدقاء من أول السنة الدراسية.

المعالج: إيه الحاجات اللى بتعملها اللى ممكن نقول إنها بتحبك؟ (مساعدًا المريضة على التفكير بطريق محددة).

المريضة: آ. أ. آ.. دايمًا تسألنى إن كنت أحب أروح معاها نجيب حاجة ناكلها مع بعض، وساعات نفضل مع بعض كثير لوقت متأخر نتكلم فى حاجات كثيرة.

المعالج: يعنى من ناحية فى المناسبة دى إمبارح كانت مستعجلة وما تكلمتش معاكى كثير، ومن ناحية ثانية فى أوقات ثانية كانت يتكون مشغولة جدًا، ورغم كدة كانت بتطلب منك تأكلى معاها وتذاكروا لوقت متأخر.

المريضة: نعم.

هنا يحاول المعالج أن يحس بصورة عامة إمكانية وجود دليل بغض النظر عن صحة أفكار سالى. وحينما يظهر أدلة من الجانبين يلخص لسالى ما قالته، ويساعد سالى على إيجاد تفسير بديل لما فعلته كارين ويسألها عن النتائج **المحتملة**.

اختبار الأفكار التلقائية

ما الدليل؟

ما الدليل الذى يدعم هذه الفكرة؟

ما الدليل ضد هذه الفكرة؟

١. هل هناك تفسير بديل؟

٢. ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ هل يمكن أن أتعايش معه؟ ما أحسن الاحتمالات؟ ما أكثر الاحتمالات واقعية؟

٣. ما تأثير معتقداتى على الأفكار التلقائية؟

ماذا يكون التأثير لو غيرت تفكيرى؟

٤. ما الذى ينبغي عليَّ أن أعمله حيال ذلك؟

شكل ٨-١ اختبار الأفكار التلقائية

المعالج: كويس.. خلينا نبص على الموقف ثاني. ممكن يكون فيه تفسير ثانى للى حصل، غير إنها ما بتهتمش باللى بيحصل معاكى؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: إيه اللى ممكن خلاها تجرى بسرعة؟

المريضة: مش متأكدة يمكن كان عندها حصة، ممكن كانت متأخرة لأى سبب.

المعالج: دلوقت، إيه أسوأ حاجة ممكن تحصل فى الموقف ده؟

المريضة: يعنى ممكن فعلاً تكون ما بتحبنيش، يعنى ما اعتمدش عليها بعد كدة.

المعالج: وتقدرى تعيشى بالرغم من كده؟

المريضة: أيوة.. بس مش هاكون مرتاحة من ناحيتها.

المعالج: وإيه أحسن الاحتمالات؟

المريضة: يعنى ممكن تكون بتحبني، وكانت مستعجلة علشان أى سبب.

المعالج: وإيه أكثر الاحتمالات واقعية؟

المريضة: أعتقد إنها لسة بتحبنى.

فى الجزء السابق ساعد المعالج سالى أن ترى حتى إنه فى أسوأ الاحتمالات يمكنها أن تعيش، ولقد أيقنت سالى أن مخاوفها المحتملة لم تكن حقيقية. وفى الجزء التالى يساعد المعالج سالى أن تقيم نفسها عواقب الاستجابة أو عدم الاستجابة لأفكارها المشوهة، ويساعدها أن يكون اتجاهها هو العمل على حل المشاكل، وأن تصمم خطة للتخفيف من الموقف.

المعالج: وإيه تأثير الفكرة إنها مش بتحبك؟

المريضة: خلتنى حزينة، ممكن أفكر أبتعد عنها.

المعالج: وإيه ممكن يكون أثر تغيير أفكارك؟

المريضة: أشعر إنى أحسن.

المعالج: وتفتكرى هتعملى إيه فى الموقف ده؟

المريضة: أوه.. أنا مش عارفة تقصد إيه؟

المعالج: هل حاولت تتجنبيها.. من ساعة ده ما حصل ؟

المريضة: يعنى، أنا مكلمتهاش كثير ساعة ما شفتها النهاردة الصبح.

المعالج: يعنى النهاردة كنتى بتتصرفى على أساس الفكرة الأصلية. كان ممكن تتصرفى إزاى بطريقة مختلفة؟

المريضة: كان ممكن أتكلم معاها أكثر من كدة، أكون أكثر ألفة.

وإذا كان معالج سالى غير متأكدًا من مهاراتها الاجتماعية ودافعها لتكون أكثر حميمية مع كارين، كان يمكنه أن يقضى مزيدًا من الوقت يسألها بعض الأسئلة مثل: متى يمكن أن ترينها ثانية؟ وهل تستحق أن تبحثى عنها بنفسك؟ ما

الذى يمكن أن تقولينه لها حينما ترينها؟ وما الطريقة التى سوف تقولين بها؟ (وإذا كان ضروريًا فإنه يمكن إعطاؤها بعض الأمثلة لعبارات أو جمل يمكن أن تقولها لسالى أو يدخل معها فى لعب أدوار)، وفى الجزء الأخير من هذا النقاش، يقيم المعالج مدى اعتقاد سالى بفكرتها الأصلية الآن، وما الذى تشعره عندما تقدر ما الذى سوف تفعله بعد ذلك فى الجلسة.

المعالج: كويس.. عاوز أعرف قد إيه أنت لسة بتعتقدى فى الفكرة دى (سالى مش بتهتم باللى بيحصل معايا)؟

المريضة: مش كثير قوى، ممكن ٢٠%.

المعالج: وقد إيه درجة حزنك؟

المريضة: مش كثير.. برضه٢٠%.

المعالج: كويس.. واضح أن التدريب ده جاب نتيجة، تعالى نرجع ونشوف إحنا عملنا إيه.

ومن الملاحظ أن المعالج والمريضة لم يطبقا كل الأسئلة فى الشكل (٨- ١) لكل الأفكار التلقائية التى يقيمانها. وفى بعض الأحيان قد لا يكون أى من الأسئلة ملائمًا، وهنا يلجأ المعالج إلى مسار آخر (انظر ص ص: ١٩٩ - ٢٠٢). ويختار المعالج الأسئلة الخمسة الأولى فى هذه الحالة لأنه يريد أن يعطى مثالاً للمريضة حتى تستجيب لأفكارها بطريقة منظمة. وهو يختار فكرة تلقائية ذات أهمية للمريضة (أى تسبب لها إزعاجًا). إنها ليست فكرة منفصلة (ولكنها مشهد متكرر من المتوقع أن يظهر على السطح مرة أخرى)، وتبدو معطلة، وتصلح لأن تكون نموذجًا نافعًا لتعليم المريضة كيف تقيم وتستجيب لأفكار أخرى فى المستقبل. وهو يلاحظ أيضًا مدى قوة اعتقاد المريضة فى الفكرة التلقائية ومدى كثافة مشاعره قبل وبعد الأسئلة السقراطية، وهكذا يستطيع تقييم نتيجة التدخل العلاجي. ويمكن للمعالج أن يقرر مراجعة عملية استخدام (الشكل ٨-١) لكى

يتأكد من أن المريضة تفهم كيفية استخدامه وتتفهم فائدته؛ فيمكنه أن يستخدم نفس المثال (كالتالي) أو يشرح بمثال آخر فى الجلسة القادمة.

المعالج: عاوزين نراجع اللى عملناه حالاً. إحنا بدأنا بالفكرة التلقائية (سالى ما يهماش اللى بيحصل لى).

المريضة: صح.

المعالج: وإحنا قيمنا الفكرة دى باستخدام الأسئلة دى (الشكل ٨ – ١) وإيه اللى حصل لمشاعرك؟

المريضة: حسيت إن حزنى أقل بكثير.

المعالج: تفتكرى أنت لو قيمتى كل أفكارك التلقائية بالأسئلة دى إذا حصل أى موقف مزعج الأسبوع الجاى ممكن يفيدك؟

المريضة: ممكن، بس افرض إن فيه فكرة طلعت حقيقية؟

المعالج: فى الحالة دى ممكن نفكر فى طريقة لحل المشكلة. ممكن نناقش مثلاً إزاى أنت هتتعاملى مع كارين الأسبوع ده مع كل حال ما حدش منا عارف مقدمًا إن تقييم الفكرة التلقائية هيكون مفيد ولاّ لأ. إيه رأيك تستخدمى الأسئلة دى الأسبوع ده لما تلاقى فكرة مضايقاكي؟

المريضة: طبعًا، هاحاول.

المعالج: لو أنت زى بقية الناس، أنا لازم أحذرك، ساعات استخدام الأسئلة يكون أصعب ما أنت متخيلة. فى الحقيقة فى أوقات كثيرة لازم إحنا الاثنين نكون مع بعض علشان نقيم فكرة معينة، لكن حاولى، ولو عندك مشكلة ممكن نناقشها الجلسة الجاية.

المريضة: ماشى.

إن تقييم الأفكار التلقائية هو مهارة يتعلمها بعض الناس بسرعة فائقة، بينما يحتاج البعض الآخر تمارين متكررة، وفى المشهد السابق يتوقع المعالج أن سالى سوف تجد بعض الصعوبات، ولأنه يريد أن يخفف من انتقادها ولومها لنفسها فإنه يتوقع - على الرغم من تذكيرها - أن سالى سوف تلوم نفسها بقسوة إذا فشلت فى إتمام الواجب المنزلى كما ينبغى، وفى هذه الحالة فإن عليه أن يتابع الموضوع متابعة كاملة.

المعالج: سالى لو لقيتى أى مشكلة فى تقييم مشاعرك الأسبوع ده يا ترى هتشعرى بإيه؟

المريضة: محبطة، أفتكر.

المعالج: إيه اللى ممكن يدور فى مخك؟

المريضة: مش عارفة، يمكن أبطل وبس.

المعالج: ممكن تتخيلى دلوقت، باصة على الورقة ومش عارفة تعملى إيه؟

المريضة: أيوة.

المعالج: إيه اللى بيدور فى دماغك وأنت بتبصى على الورقة؟

المريضة: أنا المفروض أقدر أعملها، أنا غبية جدًا.

المعالج: كويس.. وإزاى هتقدرى تجاوبى على الأفكار دى.

وينظر المعالج وسالى إلى بعض العبارات التى دونتها سالى على ورقة (كارت).

الفكرة التلقائية: أنا المفروض أقدر أعملها.. أنا غبية جدًا.
الاستجابة الصحية: فى الحقيقة أنا مش لازم أقدر أعمل كدة؛ لأن دى مهارة جديدة، وأنا إنشاء الله حا أتعلمها لازم، بس ممكن أحتاج تمرين أكثر مع

المعالج، دى ما لهاش علاقة بكونى غبية أو لا، يا إما أن يتعامل مع فكرة صعبة أو محتاجة شوية إرشاد، وفى أى الأحوال دى حاجة مش مهمة قوى، إحنا متوقعين إن ده يحصل.

المعالج: تفتكرى الكارت ده ممكن يساعدك؟ ولا تحبى نأجل الواجب لغاية ما نتدرب مع بعض شوية أكثر؟

المريضة: لا.. أفتكر أنا هاحاول.

المعالج: كويس، إذا شعرتى بإحباط وكان عندك فكرة تلقائية لازم تكتبيها.

المريضة: ماشى.

وهنا يجعل المعالج الواجب المنزلى مسألة غير خاسرة؛ فإما أن سالى سوف تنجزه بنجاح أو سوف تواجه بعض الصعوبات، وسوف يساعدها على تخطيها فى الجلسة القادمة للتدرب على كيفية الاستجابة لأفكارها.

وأخيرًا، فإنه لمن المهم أن تتذكر أنه ليست كل الأسئلة مناسبة لكل فكرة تلقائية، بل على العكس فإن استخدام كل الأسئلة حتى ولو كانت تنطبق مع الفكرة قد يكون مربكًا ومعطلاً. إذا شعرت بأن العملية ثقيلة ومرهقة.

المعالج: دلوقت إحنا هانستخدم الأسئلة دى كمرشد الأسبوع ده، لكن افتكرى دايمًا إن مش الأسئلة مناسبة؛ فالسؤال الثانى مثلاً ينفع لما يكون عندك مشكلة مع شخص آخر، لكن مش فى كل المواقف بعد كدة مش هتحتاجى ترجعى اللستة دى خالص. بس أنا عايزك تستعمليها الأسبوع ده علشان أتأكد إنك فهمتيها. وفى الأسبوعين الجايين - إنشاء الله - حنضيف اثنين ثانى؟ ماشى؟

وفى بعض الأحيان تجد المريضة صعوبة فى استخدام الأسئلة فى أعلى القائمة (فى الشكل ٨-١)؛ لأنه لا يستطيع تقييم أفكارها بموضوعية. وفى هذه

الأحيان يكون من المفيد أن تتباعد المريضة قليلاً عن أفكارها حتى تستطيع الحكم عليها بطريقة منطقية. ومن الوسائل المتبعة فى هذا الأبعاد هو أن تتخيل المريضة أن الوقت نفسه قد حدث لصديقة معينة، وأن عليها أن تسدى لها النصيحة. وفى المقطع التالى سنبين كيف أن سالى تجد صعوبة فى تقييم فكرة ما ثم يقوم المعالج بمساعدتها عن طرق سؤال الصديقة.

المعالج: علشان نلخص. أنت جبتى (C) فى امتحان مفاجئ، وكانت عندك الفكرة (أنا عمرى ما أقدر أعمله كويس ثانى) والفكرة دى خلتك حزينة.

المريضة: صحيح.

المعالج: سالى فيه أى دليل ثانى إنك مش هاتقدرى تعمليه كويس.

المريضة: أيوة. أنا مش بأقدر أركز خالص، أنا ساعات أقرأ، وأقرأ فى كتاب الاقتصاد ومفيش أى حاجة بتدخل مخي. أنا المفروض أخلص بحث فى ظرف أسبوعين ولسة ما بدأتش.

المعالج: فيه دليل من الناحية الثانية. إنك ممكن تعملى كويس؟

المريضة: لا... ما أعتقدش.

عند هذه النقطة يستطيع المعالج أن يساعد سالى لكى تكتشف أدلة هو يعرفها أو يخمن وجودها (أنت قلتى لى إنك عملت كويس فى امتحان سابق كان معلن عنه؟ مش ده دليل على أنك ممكن تعملى كويس؟ وهل ممكن لو كان الامتحان أعلن عنه قبلها إنك كنت تعملى أحسن من كده؟ وهل تعرفى بقية الطلبة عملوا إيه فى الامتحان المفاجئ ده؟ وهو أنت بتعتبرى (c) كما لو كانت (F)؟

ويمكنه بدلا من ذلك محاولة مسار آخر:

المعالج: سالى. لو كانت زميلتك فى الغرفة جابت (C) فى الامتحان فى امتحان مفاجئ فى الاقتصاد، وكان عندها الفكرة (أنا عمرى ما هاعمله كويس) إيه اللى ممكن تقوليه لها؟

المريضة: آ.. آ.. أنا مش عارفة.

المعالج: هل كنت هتوافقيها؟ هل هتقولى لها أيوة يا جين أنت ممكن تكونى صح عمرك ما تعمليه كويس ثانى؟

المريضة: لا.. على الإطلاق.. أنا بيتهيألى هاقولها اسمعي: دا كان امتحان مفاجئ وأنت مكنتيش مستعدة له، لو كنت تعرفى قبلها كنت هتستعدى أكثر أو كنت حتروحى لمساعدة الأستاذ، وكنت حتعملى أحسن من كدة. يعنى ده مش معناه (إنك مش هاتقدريه تعملى كويس ثانى) ده كان مجرد مفاجأة.

المعالج: كويس.. إيه رأيك لو الكلام اللى قولتيه لصاحبتك بينطبق عليكي؟

المريضة: طبعًا. دا كان مفاجئ جدًا، وأنا ما كنتش مستعدة له. وأنا لو كنت عارفة أن فيه امتحان، أعتقد كنت استعديت له أكثر.

المعالج: كويس... دلوقت هتستجيبى إزاى للفكرة (أنا عمرى ما أعمل كويس ثانى) لو جات لك مرة ثانية؟

فى هذا المثال، استعان المعالج بصديقة لسالى لتتخيلها. وعادة ما يسأل المعالج المريضة أن تتخيل إحدى صديقاتها: (سالي. ممكن تتخيلى أى اسم ثانى فى الموقف ده؟) ممكن تكون صديقة أو قريبة، وتخيلى أن عندها الموقف نفسه وعندها الأفكار نفسها. وحينما ينجح هذا الإجراء، يحاول المعالج أن يغتنم الفرصة لتعليم سالى كيف تستخدمه بنفسها فى مواقف مشابهة، ولذا فهو يشرح لها ذلك صراحة.

المعالج: يعنى كان مفيد أننا نقيم الفكرة دى (أنا مش ممكن هاعمل كويس ثاني) بأخذها بعيد عنك وإزاى أنك تقدرى تساعدى زميلتك فى الغرفة بالطريقة دى وإزاى إن نصحها بينطبق عليكي؟

المريضة: أفتكر إنى قدرت أشوفها (الفكرة) بوضوح أكثر.

المعالج: عندك الاستمارة بتاعة الأسبوع اللى فات؟ اللى فيها الأسئلة اللى بتساعد على تقييم الأفكار التلقائية؟ السؤال ده رقم (٦) . لو جات لك فرصة الأسبوع ده إيه رأيك تحاولى تقيمى أى فكرة تلقائية بالطريقة دي.. ولو لقيتى أى صعوبة أو مشكلة ممكن نناقشها الأسبوع الجاي.

وأخيرًا، وحينما تتقدم المريضة فى العلاج، وتصبح قادرة بطريقة تلقائية على تقييم أفكارها يمكن للمعالج أن يسألها أن تصمم استجابة صحية.

المريضة: (لما أكون مستعدة إنى أسال زميلتى فى السكن إنها ترتب المطبخ) ممكن أفكر إنى لازم أنا اللى أرتبه بنفسي.

المعالج: ممكن تفكرى فى طريقة ثانية تكون إيجابية أكثر؟

المريضة: أيوة.. من الأفضل لى أنى أقف على رجلى، وأن أعمل الحاجة المعقولة. أنا مش طماعة ومش هاطلب منها أكثر من المفروض تعمله.

المعالج: كويس.. تفتكرى إيه اللى حيحصل للقلق بتاعك لما تقولى الكلام لنفسك؟

المريضة: طبعًا حيقل.

وكذلك إذا رأى المعالج أن أفكار المريضة التلقائية يمكن أن تؤثر على خططها، يمكنه أن يسألها كيف يمكن أن تستجيب (على فرض أنها تستطيع استخدام الأسئلة السابقة بكفاءة).

المعالج: فيه حاجة ممكن تفكرى فيها لما تبدأى واجبات الإحصاء؟

المريضة: ممكن أفكر أن علىَّ حاجات كثيرة قوى لازم أعملها وأرتبك.

المعالج: كويس.. لو كان عندك الفكرة (حاجات كثيرة قوى لازم أعملها) إيه اللى تقدرى تقوليه لنفسك؟

المريضة: أقول لنفسى إنى مش لازم أعمل كله فى ليلة واحدة ومش لازم أفهم كل حاجة من أول مرة

المعالج: كويس خالص.. ممكن ده يكون كافي، ممكن بقى تبدأى تشتغلى فى واجب الإحصاء؟

استعمال أسئلة بديلة:

على المعالج المعرفى المبتدئ أن يستخدم الشكل (٨-١) كمرشد حينما يقيم الأفكار التلقائية مبدئيًا. غير أن الأسئلة المقننة قد تكون بحاجة إلى تحوير لتلائم أفكارًا معينة. ولقد وصفت أمثلة مختلفة من أنواع الأسئلة السقراطية بواسطة أوفرهولستر (Overholser , 1993a ,1993b)

وفى المثال التالى توضيح لكيفية استخدام المعالج لأنواع مختلفة من الأسئلة حينما يدرك أن الأسئلة المقننة غير كافية.

المعالج: إيه اللى دار فى مخك (لما قلتى لماما ممكن نقلل وجودنا مع بعض شوية ولكنها حست بالإهانة وغضبت)؟

المريضة: إنى كان لازم أعرف إن ده مش الوقت المناسب علشان أتصل بيها وما كانش لازم أتصل بيها فى الوقت ده.

المعالج: إيه الدليل إن ما كانش لازم تتصلى؟

المريضة: ماما دايمًا بتكون مستعجلة فى الصباح وهى رايحة الشغل، وكان من الأفضل أنى أنتظر لغاية ما ترجع من الشغل وتكون حالتها الذهنية أفضل.

المعالج: وده حصل معاكى؟

المريضة: أيوة كنت عاوزة زميلتى تعرف إنى كنت حاأزورها فى بيتها ولا لأ فكان لازم أكلم ماما.

المعالج: يعنى كان عندك سبب لما اتصلت، صحيح كنت عارفة أن الوقت يمكن مش مناسب. بس كنت عاوزة صاحبتك تعرف الرد بسرعة.

المريضة: أيوة.

المعالج: يعنى من المنطقى إنك تكونى قاسية علـــى نفســك كــده لمــا جــازفتى واتصلتي؟

المريضة: لأ.

المعالج: واضح أنك مش مقتنعة، قد إيه شعور وحش لماما لما تشعر بـــالألم أنـــك عاوزة تقضى وقت من أجازتك الصيفية مع صاحبتك؟

ويتابع المعالج هذه الأسئلة مع أسئلة أخرى. (قد إيه شعرت ماما بـــالألم؟ وقد إيه استمر شعورها بالدرجة دي؟ ويا ترى هى شعورها إيه دلوقـــت؟) وهـــل ممكن أن تحبى تؤلمى ماما طول الوقت؟ هل ممكن تعملى حاجة بتحبيها ومع ذلك ما تضايقيش ماما أبدًا وأنت عارفة أنها عاوزة تقضى معاك أطول فترة ممكنـــة؟ هل من المحبب أن يكون عندنا هدف أن إحنا ما نجرحش شعور حد أبدًا؟ وكمـــان ما نظلمش نفسنا؟ وهكذا...

المعالج: خلينا نرجع للفكرة الأصلية (ما كانش لازم أتصل بيها فـــى الوقـــت ده؟ شايفة الفكرة دى دلوقت إزاى؟

المريضة: مش مرعبة قوى زى ما تخيلت. يمكن هى حاسة بالألم لما اتصلت بيها لأنها كانت عاوزة تقضى معايا أطول وقت ممكن لكن احتمـــال دا مـــش مناسب بالنسبة لى. أنا دايمًا أعمل اللى هى عـــايزاه وأتجاهـــل الشـــيء المناسب لى. أنا أعتقد أنها حتعدى الإحساس ده.

ويوضح المشهد السابق كيف يغير المعالج مـــن أســـئلته لكـــى يســـاعد المريضة على تبنى رؤية إيجابية. وعلى الرغم من أنه بـــدأ باســـتبعاد مصـــداقية الفكرة، فإنه قد عرج إلى المعتقدات التحتية الخفية (والتى نوقشت سابقًا) (إنه ليس حسنًا أن نؤذى مشاعر الآخرين). وفى النهاية يسأل سؤالاً مفتوحًا (كيـــف تـــرين

الموقف الآن؟) لكى يقيم تأثير الأسئلة، ولكى يرى أن كان هناك المزيد الذى يجب عمله حيال هذه الفكرة التلقائية. لاحظ أن كثيرًا من الأسئلة هى تنويعات للسؤال رقم (٢) فى الشكل (٨-١) هل هناك تفسير آخر (كالسؤال: ليه اتصلت؟ وليه ماما اتضايقت؟) بدلاً من (أنت كنت غلطانة).

التعرف على التحريف المعرفى:

يميل المرضى إلى اقتراف أخطاء ثابتة فى تفكيرهم. ودائما ما يكون هناك انحياز منظم تجاه السلبية فى العملية المعرفية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية (Beck,1976). وحينما تعبر المريضة عن فكرة تلقائية، يلاحظ المعالج (عقليًا أو لفظيًا أو كتابةً) نوع الخطأ الذى يبدو أن المريضة تقع فيه دائما. والشكل (٨-٢) يبين أهم الأخطاء الشائعة (Burns, 1980). ويحب بعض المرضى عملية تصنيف أخطائهم المعرفية بأنفسهم، ولهذا النوع من المرضى يمكن للمعالج إعطاؤهم نسخة من الشكل (٨-٢).

المعالج: كنا بنتكلم على إزاى الناس لما يكونوا مضغوطين يكون غالبًا عندهم أفكار مش حقيقية أو مش كلها حقيقية. صح؟

المريضة: صح.

المعالج: أنا عندى لستة هنا بتوصف أغلب الأخطاء الشائعة اللى الناس بتعملها فى طريقة تفكيرهم. غالبًا بيكون مفيد لو حاولتى تحددى إيه طبيعة الأخطاء فى تفكيرك؛ لأن ده حيساعدك إنك تتجاوبى مع الأفكار بطريقة أفضل، خلينى أوريكى اللستة علشان لو حبيتى تستخدميها بنفسك.

المريضة: حاضر.

المعالج: يعنى هنا ١٢ خطأ شائع فى التفكير، لو نقدر نتعرف على بعض الأخطاء اللى عملتيها مؤخرًا. الخطأ الأول هو تفكير (الكل يا بلاش) لما نشوف

الأمور يا أبيض يا أسود بدلاً من الرمادى والمظلل.. إيه رأيك فى الفكرة بتاعتك الأسبوع اللى فات (يا إما أجيب (A) أو أكون فاشلة)؟

المريضة: صح.

المعالج: ممكن تفكرى فى مثال آخر؟ (يقضى المعالج والمريضة دقيقتين إضافيتين فى مسألة التحريف الفكرى. ويختار المعالج خطأ آخر يكون ملازمًا لهذه المريضة، ثم يراجعانه سويًا بنفس الطريقة). وعلى العموم ممكن فى الواجب المنزلى تسجلى أى خطأ فكرى لما تلاقى فكرة تلقائية. وممكن تخلى الاستمارة دى قدامنا دايمًا فى الجلسات. وفى بعض الأحيان حنستعين بيها علشان نحدد أخطاء التفكير لما نتكلم عن أفكار تلقائية ثانية.

وبالنسبة لمعظم المرضى تكون القائمة فى الشكل (٨-٢) محيرة ومربكة، وفى هذه الحالة يحدد المعالج فقط ويصف التحريف المعرفى لديهم.

شكل ٨ - ٢ أخطاء التفكير Adapted with permission From Aaron T. Beck

على الرغم من أن بعض الأفكار التلقائية تكون حقيقية، فالكثير منها إما أنها غير حقيقية أو تحتوى فقط على بذرة من الحقيقة والأخطاء النموذجية تشمل:

١. تفكير الكل أو لا شيء: (ويسمى كذلك الأبيض والأسود- التفكير الاستقطابى أو التفكير الثنائي) فأنت ترى الموقف من ناحيتين فقط بدلا من الكمية المتصلة.
مثال: إذا لم أنجح نجاحًا كاملاً فأنا فاشل.

٢. التفكير الكارثى (وأيضًا يسمى التفكير بالحظ) أنت متوقع المستقبل بطريقة سلبية بدون اعتبار لاحتمالات أكثر إيجابية

٣. التقليل من شأن الإيجابيات أو عدم احتسابها: فأنت تقول لنفسك إن التجارب الإيجابية والمآثر لا تحسب.

٤. التفكير العاطفي: أنت تفكر بشى لابد من أن يكون صوابًا لأنك تشعر (تعتقد فى الحقيقة) به بقوة متجاهلاً أى دليل على العكس
مثال: أنا عارف أنى أعمل كثيرًا من الأشياء الكاملة فى العمل، لكن ما زلت أشعر أنى فاشل.

٥. التصنيف: أنت تضع مسمى لنفسك أو للآخرين بدون اعتبار بأن الدليل على هذا التصنيف قد لا يؤدى إلى صحة ما ذهبت إليه.

٦. التضخيم والتقليل: حينما تقيم نفسك أو شخص آخر فإنك تضخم من السلبيات وتهون من شأن الإيجابيات أو العكس.
مثال: حينما احصل على درجات متوسطة فهذا دليل على أننى لست كفؤ وحينما أحصل على درجات عالية فليس هذا دليلا على ذكائي

٧. المصفاه العقلية (ويسمى أيضا التجريد الانتقائى): أنت توجه انتباها زائدا إلى جانب سلبى واحد بدلا من رؤية الصورة ككل.
مثال: (لأننى حصلت على درجات ضعيفة فى التقييم والذى أيضا محتوى على بعض الدرجات العالية فهذا معناه أننى قرأت الأفكار: أنت تعتقد أنك تعرف ما يفكر فيه الآخرين وغير قادر أن تضع فى اعتبارك احتمالات أخرى
مثال: أنه يفكر أننى لا أعرف أى شيء عن هذا المشروع

٨. التعميم الزائد: أنك تستنتج استنتاجا سلبيا قد يتخطى الوضع الراهن.
مثال: (لأننى لم أشعر بارتياح أثناء الاجتماع) أنا لا أملك مقومات عمل الأصدقاء.

٩. الشخصنة: تعتقد أن الآخرين يفكرون بطريقة سلبية بسببك بدون اعتبار لتفسير لتصرفاتهم أكثر منطقية.
مثال: كان الميكانيكى جاف معى لأننى فعلت شيئا خطأ

١٠. عبارات (يجب) و (ينبغي) ويسمى أيضا التفكير بصفة الإلزام: أن لديك فكرة كاملة ودقيقة عما ينبغى لك أو للآخرين أن يتصرفوا وتشعر بالضجر واللوم إذا لم يحدث ذلك.
مثال: أنه لمن المرعب أن أرتكب خطأ، ينبغى على دائما أن أتصرف بطريقة كاملة.

١١. الرؤية الانبوبية: أنت دائما ترى الجانب السلبى من الموقف.
مثال: أن معلم أبنى لا يستطيع عمل شيئا صحيحا، أنه دائم الانتقاد وعديم الإحساس ولا يعلم بطريقة صحيحة.

•

المعالج: كويس..إحنا اتعرفنا على عدد من الأفكار التلقائية اللـــى كانــت عنــدك الأسبوع ده عن العمل وصحتك وأولادك. يا ترى فيه خيط مشترك بين كل الأفكار دي.واضح أنك بتتوقعى الأسوأ فى كل حالة، مضبوط؟

المريضة: أيوة

المعالج: لما الناس تتوقع الأسوأ، إحنا بنسمى ده التفكير العاطفى، دائمًا متوقعــة أن فيه مصيبة ها تحصل، يا ترى أنت واخدة بالك من الحكاية دى؟

المريضة: أفتكر، يمكن يكون كدة.

المعالج: إيه رأيك لو حاولت الأسبوع الجاى تلاحظى أفكارك الكارثية؟ لما بتيجــى تدونى أى فكرة تلقائية وتلاقيها كارثية .. اكتب حينها التفكير الكارثي.

وهناك اختيار ثالث، وهو أن نقدم للمريضة قائمة بـــالانحراف المعرفـــى عندها ولكن تعالج واحدة أو اثنين أو ثلاثة تكون أكثر شيوعًا فى تفكيرها لكـــى لا تربك المريضة فى محاولة التركيز عليهم جميعًا. وحينما تتعرف المريضـــة علـــى أخطائها الفكرية فإنها تستطيع غالبًا تقييم صلاحية أفكارها بطريقـــة موضـــوعية. الجزء التالى يوضح كيف تساعد المرضى على تقييم مدى نفعية أفكارهم.

أسئلة لتقييم مدى فائدة الأفكار التلقائية:

بعض الأفكار التلقائية تكون صحيحة تمامًا، أو على الرغم من التقييم تظل المريضة معتقدةً أنها صحيحة تمامًا حينما لا تكون كذلك. وفى هذه الحالـــة يلجـــأ المعالج إلى تقييم مدى نفعية تلك الأفكار. وفى هذه الحالة يمكن للمعالج أن يســـاعد المريضة لكى تحدد تأثير طريقة تفكيرها (كما فى السؤال ٤ فـــى شـــكل ٨-١) أو يسأل بصفة خاصة عن المميزات والعيوب الناجمة عن الاستمرار فى هذه الفكـــرة والاستجابة لها.

المعالج: سالي... ممكن تكونى محقة فى إن فرصتك فى إنك تلاقـــى شـــغل فـــى

الصيف ما كانتش كويسة، لكن إيه الميزة فى إنك تفضلى تقولى لنفسك (أنا عمرى ما حلاقى عمل.... أنا عمرى ما حلاقى الشغل)؟

المريضة: أنا مش هكون محبطة لما ما لاقيش.

المعالج: هل الفكرة دى بتديلك إحساس عظيم بالارتياح؟ هل دى بتساعدك أنك تفضلى تبحثى عن عمل؟ هل دى بتشجعك أن تستمتعى بالدراسة؟

المريضة: أبدًا.

المعالج: يعنى تقدرى تقولى إن الفكرة دى لها عيوب؟

المريضة: آه

المعالج: إيه اللى ممكن يكون استجابة كويسة لما تيجى الفكرة (أنا عمرى ما هالاقي)؟

المريضة: إنى حلاقى الشغل.

المعالج: كويس.. أنا خايف دى تكون فكرة وردية شوية. إيه رأيك لو قلت أنا ممكن ألاقى شغل يمكن ما يكونش هو اللى أنا عاوزاه. وتقدرى تركزى على اللى بتعمليه؟ ممكن ده يساعدك؟ مش عاوزة تجربى الفكرة دى الأسبوع ده؟

وفى أحيان أخرى يحول المعالج انتباهه للفكرة (إنى لن أحصل أبدًا على العمل الذى أريده)، ويحاول فحص المعنى الخفى، ولكنه فى هذه الجلسة أختار أن يكتشف فائدة الفكرة التلقائية. وفى الجلسة التالية يعلم المريضة بطريقة واضحة فائدة الأفكار وجدواها.

المعالج: سالى خلينا نراجع اللى إحنا عملناه. إحنا بدأنا بالفكرة (أنا عمرى ما هلاقى الشغل اللى أنا عاوزاه وإحنا قلنا: إن الفكرة ممكن تكون صحيحة لكن ما عرفناش إن توقعاتك صحيحة أو لا. وبعدين فكرنا فى فائدة الفكرة، يا ترى فاكرة إحنا حكمنا عليها إزاى؟

المريضة: أيوة إحنا اتكلمنا عن المميزات والعيوب.

المعالج: واكتشفنا أنها شوية فيها عيوب وقلنا إزاى تتجاوبى مع الفكرة مرة ثانى لما تيجى أو لما ما تقدريش تقيميها وتقدرى تتجاوبى معاها بناء على عيوبها وعدم نفعها. مظبوط؟

فاعلية تقييم الفكرة التلقائية:

بعد استخدام أسئلة مقننة أو غير مقننة (أو تجربة سلوكية، انظر الفصل ١٢) لتقييم فكرة تلقائية، يقوم المعالج بتقدير فاعلية هذا التقييم من أجل أن يقرر ما سوف يفعله بعد ذلك فى الجلسة؛ فإذا ظهر أن المريضة لم تعد تعتقد فى الفكرة كثيرًا، وإذا بدا أن انفعالاتها العاطفية بدأت تتناقص بوضوح حيالها ، فهذا مؤشر للمعالج أن ينتقل إلى موضوع آخر.

المعالج: قد إيه بتعتقدى دلوقت أن جين حتغضب وحتفضل غضبانة إذا فتحتى معاها موضوع الضوضاء؟

المريضة: مش كثير يمكن ٢٥%.

المعالج: وقد إيه أنت منزعجة دلوقت؟

المريضة: أقل بكثير يمكن ٢٠%

المعالج: كويس...فى أى حاجة ثانية فى الموضوع ده؟.. لا؟ إيه رأيك ننتقل للموضوع اللى بعده فى الأچندة؟

عملية تصور لماذا لم يكن تقييم فكرة تلقائية غير فعال:

إذا استمرت المريضة فى اعتقادها بفكرتها التلقائية بدرجة ملحوظة، ولم تشعر بتحسن من ناحية المزاج، يبحث المعالج فى أسباب ذلك، ويحاول أن يفهم لماذا لم تكن المحاولة المبدئية فى إعادة التركيب المعرفى ناجحة بالقدر الكافي.

وهناك عدة أسباب شائعة ينبغي وضعها فى الاعتبار مثل:

١. توجد أفكار وخيالات أخرى أكثر مركزية لم يتم التعرف عليها أو تقييمها.
٢. إن تقييم الفكرة التلقائية لم يكن مفهومًا، أو سطحيًا أو غير كافٍ.
٣. لم تستطع المريضة أن تعبر بالقدر الكافى عن الدليل الذى تعتقد أنه يدعم الفكرة التلقائية.
٤. إن الفكرة التلقائية نفسها هى فكرة جوهرية.
٥. إن المريضة تتفهم جيدًا على المستوى العقلانى أن فكرتها التلقائية مشوهة أو غير صحيحة، ولكنها لم تتفهم ذلك على المستوى الشعوري.
٦. إن المريضة قد أسقطت التقييم من حسابها أو قللت من شأنه.

وفى الحالة الأولى لم يظهر المعالج أكثر الأفكار التلقائية مركزية؛ فعلى سبيل مثال قد ذكرت سالى الفكرة (إذا حاولت أن أكتب لمجلة المدرسة فإنه لمن المحتمل ألا أستطيع). وتقييم هذه الفكرة لا يؤثر على مشاعرها المحبطة؛ لأن لديها أفكارًا أكثر أهمية بالنسبة لها (ولكن لم يتم التعرف عليها) مثل: (ماذا لو ظن المحررون أننى كاتبة ضعيفة؟) ماذا لو كتبت شيئًا رديئًا؟ ولديها أيضًا تخيلات عن محررين يقرأون مقالاتها بوجوه ساخرة مستهزئة.

وفى الحالة الثانية: قد تستجيب المريضة للفكرة التلقائية بطريقة سطحية؛ فلقد كان عند سالى الفكرة (أنا لم أنهى كل عملى، عندى الكثير الذى ينبغى أن أفعله) وبدلاً من أن تقيم سالى فكرتها بعناية استجابت لها (لا.. أنه من الجائز أن أعمله)، وهذه الاستجابة ليست كافية ولا تخفف من قلق سالي.

وفى الحالة الثالثة: لم يستنطق المعالج بطريقة كافية دليل المريضة على صحة فكرتها التلقائية مما ينتج عنه استجابة تكيفية غير كافية كما يتضح هنا:

المعالج: سالي.. إيه الدليل اللى عندك إن أخوك مش عاوز ينشغل بمشاكلك؟

المريضة: آه علشان هو بيتصل بى كل فترة بعيدة... أنا اللى دائمًا اتصل به.

المعالج: كويس... فيه حاجة من الناحية الثانية؟ يعنى هو بيعتنى بك؟ أو هو يحب يحتفظ بعلاقة كويسة معاك؟

وإذا كان معالج سالى قد ثابر قليلاً كان يمكنه أن يكشف عن دليل آخر لدى سالى يدعم هذه الفكرة، وأن أخاها يقضى وقتًا أطول مع صديقته من الوقت الذى يقضيه معها، وأنه يبدو متعجلاً على التليفون حينما تتصل به سالى، وأنه لم يرسل لها بطاقة تهنئة فى عيد ميلادها. وإذا كان المعالج قد أظهر كل هذه المعطيات لكان بمقدوره أن يساعدها بطريقة أفضل فى أن توازن بين الأدلة بطريقة أكثر فعالية والبحث عن تفسيرات بديلة لتصرفات أخيها.

وفى الحالة الرابعة: يتعرف المعالج على فكرة تلقائية هى نفسها معتقد جوهري، فسالى دائمًا لديها الفكرة(أنا فاشلة) وهى تؤمن بهذه الفكرة بدرجة كبيرة حتى أن تقييمًا أوليًا واحدًا لا يغير من ادراكها أو الانفعالات المصاحبة له، ويلزم المعالج أن يستخدم عدة أساليب حتى يستطيع تغير هذا المعتقد (انظر الفصل الحادى عشر).

وفى الحالة الخامسة: تبين المريضة أنها تتبنى استجابة إيجابية على مستوى العقل ولكن على المستوى الشعورى لم تستطع تبنى هذه الاستجابة من قلبها أو روحها أو أحشائها. وفى هذه الحالة يحتاج المعالج والمريضة أن يكتشف معتقدات متفرقة تحت هذه الفكرة التلقائية.

المعالج: قد إيه إنتى بتعتقدى دلوقت أن الأستاذ مش بيظن أنك بتضيعى وقته وحتى لو كان ده صحيح فدى شغلته؟

المريضة: أيوه أنا شايفة ده عقليًا.

المعالج: ولكن؟

المريضة: على الرغم من أننى باعتقد أنه لازم يساعدني، لسه حاسة أنه فاكر أنى باضيع وقته.

المعالج: كويس... خلينا نفترض للحظة أنيه بيفتكر كده، إيه المشكلة فى كده؟

وهنا يكتشف معالج سالى أنها لا تعتقد حقيقة فى اســتجابتها الموضــوعية وكشف الغطاء عن معتقد تحتي: (إذا سألت مساعدة أحد فمعنى ذلك أننى ضعيفة).

وفى الحالة السادسة: تسقط المريضة الاستجابة التكيفية.

المعالج: قد إيه إنتى بتعتقدى إنه مش بيظن إنك بتضيعى وقته؟ أو لو أعتقد كــده، فدا شغله اللى بياخذ عليه مرتب على كل حال؟

المريضة: أنا باعتقد كده لكن.

المعالج: لكن إيه؟

المريضة: لكنى لسة بافتكر إنى لازم أعمل أنا شغلى بنفسى.

المعالج: كويس.. ده احتمال ثانى. ممكن تعمليه. تيجى نشوف بالعقل أن أفضل أنك تعملى الشغل بنفسك أو تستعينى بأحد؟

المريضة: ماشى.

إن إسقاط الاستجابة من الحساب غالبًا ما يأخذ الشكل (نعم ولكن). نعم أنا أعتقد فى هذه الاستجابة ولكن... وتخضع أيضًا للتقييم مثل باقى الأفكار التلقائية.

وملخص ما سبق أنه بعد تقييم الفكرة التلقائية، يسأل المعالج مريضــته أن تقدر حجم اعتقادها بالاستجابة التكيفية وكيف نشعر حيال ذلك؛ فإذا كان اعتقادهــا ضئيلا، ولكنها ما زالت منزعجة عاطفيًا يحاول المعالج أن يكــون تصــورًا عــن أسباب فشل تقييم الأفكار التلقائية فى التخفيف من انزعاجها. والفصل القادم ســوف يتناول كيفية مساعدة المرضى على الاستجابة لأفكارهم التلقائية.

الفصل التاسع

الاستجابة للأفكار التلقائية

أوضح الفصل السابق كيفية استخدام الأسئلة فى مساعدة المريضة على تقييم فكرة تلقائية وتحديد فاعلية هذا التقييم. وفى حالات كثيرة يرغب المعالج فى أن يتابع هذا التفاعل اللفظى ليدعم وجهة نظر إيجابية ما. وغالبًا ما تأخذ هذه المتابعة شكلاً مكتوبًا فى صورة واجب منزلى تقرأه المريضة فى المنزل. وكتابة تعليمات مهمة فى أثناء الجلسة العلاجية لا يدعم فقط فهم المريضة فى اللحظة نفسها، ولكنه يمنحها فرصة للجوء إلى هذه التعليمات على مدى أسابيع وشهور، وربما سنوات بعد انتهاء العلاج.

وهذا الفصل سوف يتناول تسجيل الأفكار المعطلة، والوسائل الأولية التى تساعد المرضى على تقييم وكيفية الاستجابة- كتابة -لأفكارهم التلقائية، وكذلك طرق أخرى للاستجابة للأفكار التلقائية.

سجل الأفكار التلقائية:

يسمى سجل الأفكار التلقائية كذلك بـ "التسجيل اليومى للأفكار المعطلة" (Beck, et al 1979)، وهو استمارة عمل تساعد المريضة أساسًا على الاستجابة لأفكارها التلقائية بطريقة إيجابية، وبالتالى تخفف من شعورها بالحزن. (انظر شكل٩-١) وبعض المرضى يستخدمونه بصورة منتظمة، ولكن البعض الآخر لا يستطيعون تدوين أفكارهم – على الرغم من محاولات المعالج – وبالتالى نادرًا ما يستخدمونه. ويقف معظم المرضى فى مكان متوسط بين هذين النوعين، فهم يستخدمونه بطريقة منتظمة نوعًا ما، بناء على تعليمات وتشجيع المعالج لهم. وإذا رأى المعالج أن المريضة مرتبكة من شكل سجل الأفكار التلقائية ونظامه، فإنه يمكنه أن يعلمها أن تستخدم بدلاً من تلك الأسئلة الموجودة فى الشكل(٨- ١) فى الفصل الثامن.

ويكون المرضى أكثر استعدادًا لاستخدام (سجل الأفكار التلقائية) إذا كان قد قدم إليهم بطريقة صحيحة، ووضح لهم جيدًا، وأعطيت الأمثلة اللازمة. وفيما يلى تقترح بعض الإرشادات البسيطة فى هذا الشأن:

١. ينبغى على المعالج أن يكون هو نفسه قد أجاد استخدام السجل مع أفكاره التلقائية قبل أن يقدمه لمرضاه.

٢. يجب على المعالج أن يخطط لتقديم السجل على مرحلتين فى جلستين أو أكثر، وتشمل المرحلة الأولى الأعمدة الأربعة الأولى، وتغطى المرحلة الثانية العمودين الآخرين.

٣. ينبغى على المعالج التأكد من أن المريضة قد فهمت بوضوح، واقتنعت بالنموذج المعرفى قبل أن يقدم لها (سجل الأفكار التلقائية) وإلا فإنها سوف لا تستطيع إدراك قيمة التعرف على الأفكار التلقائية وتقييمها

٤. يجب على المريضة أن تظهر قدرة على التعرف وعلى تقييم أفكارها التلقائية قبل تقديم السجل إليها؛ فيجب أن تكون قادرة على تقرير المواقف، والمشاعر، والاستجابات الفسيولوجية، وتميزها بين هذه الظواهر، فإنها سوف تجد صعوبة كبيرة فى التعامل مع (سجل الأفكار التلقائية "سات") ولذا فعلى المعالج أن يستنطقها فى إظهار أمثلة متعددة عن المواقف والمشاعر والأفكار والاستجابات الفسيولوجية قبل أن يعلمها تسجيل هذه البيانات فى (سات).

٥. يجب على المريضة أن تظهر نجاحًا فى إكمال الأعمدة الأولية الأولى بمفردها باستخدام أمثلة ومواقف مختلفة قبل أن يقدم إليها العمودان الآخران.

٦. على المعالج أن يستوضح على الأقل فكرة تلقائية مع المريضة وتقييمها، ويتأكد أنها قد خففت من مشاعر الحزن لديها قبل أن يوضح لها كيفية استخدام العمودين الآخرين.

٧. إذا فشلت المريضة فى الوفاء بالواجب المنزلى باستخدام سجل الأفكار التلقائية (سات)، يجب على المعالج إظهار الأفكار التلقائية حيال السجل نفسه، محاولاً حل المشكلة عمليًا، مقترحًا عمل السجل كتجربة، كاشفًا عن استخدامه هو شخصيًا للسجل أو محفزًا للمريضة بطريقة ما.

وبالتعرف على موقف ما، يساعد المعالج المريضة على التعرف على فكرة تلقائية معينة والمشاعر المصاحبة من خلال الأسئلة الشفهية وحدها، ويمكنه استخدام هذا المثال فى استخدام "السات"، وإذا قدم المعالج "السات" بدون تحديد موقف، والتعرف على الأفكار التلقائية المتعلقة به والمشاعر المصاحبة لها، فإنه ربما يساعد على تشويش أفكار المريضة إذا لم تستطع بعد ذلك التفريق بين هذه الظواهر.

وفى الجزء التالى يؤكد المعالج على توضيح محتويات الأعمدة الأربعة الأولى من السجل بالنسبة لفكرة تلقائية ما قبل أن يظهر السجل نفسه لمريضته.

إرشادات: الآن حينما تحس أن مزاجك قد تغير للأسوء اسأل نفسك ما الذى يدور فى رأسك وبأسرع ما يمكنك دون هذه الأفكار أو المشاعر فى عمود الأفكار التلقائية:

التاريخ والساعة	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	الاستجابات التكيفية	النتيجة
	١- ما تيار الأفكار أو أحلام اليقظة أو الذكريات التى أدت إلى هذه المشاعر غير السّارة؟ ٢- ما (إن وجدت) الاستجابات الجسمانية أو الأحاسيس المزعجة التى شعرت بها؟	١- ما الأفكار أو الأخيلة التى دارت برأسك؟ ٢- كم كنت تعتقد فى هذه الأفكار وقتها؟	١- ما المشاعر (حزن- قلق - غضب - ... وهكذا) التى كنت تشعر بها فى حينها؟ ٢- كم هى شدة هذه المشاعر (من ٠-١٠٠)؟	١- (اختبر التحريف الإدراكى الذى ارتكبته؟ ٢- استخدام الأسئلة فى الأسفل لكى توالف مابين الاستجابة والأفكار. ٣- ما درجة اعتقادك فى كل استجابة (٠-١٠٠)؟	١- كم تعتقد الآن فى الفكرة التلقائية؟ ٢- ما المشاعر التى تحسها الآن؟ وما شدتها (صفر_١٠٠%)؟ ٣- ما الذى ستفعله بعد ذلك؟
الأحد ٢/٢٣ ١٠ صباحا الثلاثاء ٢/٢٧ ١٢ صباحًا الخميس ٢/٢٩ ٥ بعد الظهر	التحدث فى التليفون مع ديانا الاستعداد للامتحان أفكر فى درس الاقتصاد غدًا. ألاحظ أن رأسى ترتعش وصعوبة فى التركيز	أنها لم تعد تحبنى بالتأكيد ٩٠% لا يمكن أن أتعلم ذلك ١٠٠% ربما يوجه إلى سؤال ولا أستطيع الإجابة ماذا جرى لي؟	حزينة ٨٠% حزينة ٩٥% قلقة ٨٠%		

أسئلة تساعد على تكوين الاستجابة التكيفية:

١. ما الدليل على أن الفكرة حقيقية؟
٢. هل هناك تفسير آخر؟ ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ هل يمكن أن أعيش به؟
٣. وما أحسن الاحتمالات؟ وما النتيجة الأكثر واقعية؟
٤. وما تأثير اعتقاداتى على أفكارى التلقائية؟ وما نتيجة إمكانية تغير أفكارى؟
٥. ما الذى يجب على فعله حيال ذلك؟

٦. إذا كان صديق أو صديقة فى نفس الموقف ولديه أو لديها نفس الأفكار، فماذا أقول له أو لها؟

الشكل ٩-١ سجل الأفكار التلقائية المعطلة

Copyrights 1995, by Judith S. Beck Ph. D

إرشادات: الآن حينما تحس أن مزاجك قد تغير للأسوأ اسأل نفسك ما الذى يدور فى رأسك وبأسرع ما يمكنك دون هذه الأفكار أو المشاعر فى عمود الأفكار التلقائية:

التاريخ والساعة	الموقف	الأفكار التلقائية	المشاعر	الاستجابات التكيفية	النتيجة
	١- ما تيار الأفكار أو أحلام اليقظة أو الذكريات التى أدت إلى هذه المشاعر غير السارة؟ ٢- ما (إذا وجدت) الاستجابات الجسمانية أو الأحاسيس المزعجة التى شعرت بها؟	١- ما الأفكار أو الأخيلة التى دارت برأسك؟ ٢- كم كنت تعتقد فى هذه الأفكار وقتها؟	١- ما المشاعر (حزن- قلق - غضب - ...وهكذا) التى كنت تشعر بها فى حينها؟ ٢- كم هى شدة المشاعر؟ (من ٠-١٠٠)	١- (اختبر التحريف الإدراكى الذى ارتكبته. ٢- استخدام الأسئلة فى الأسفل لكى توالف مابين الاستجابة والأفكار. ٣- كم تعتقد فى كل استجابة)؟	- كم تعتقد الآن فى الفكرة التلقائية؟ ٢- ما المشاعر التى تحسها الآن؟ وما شدتها. (٠- ١٠٠%) ٣- ما الذى ستفعله بعد ذلك؟
الجمعة ٨/٣ ٣ بعد الظهر	التفكير فى سؤال بوب إن كان يريد أن يشرب معى القهوة.	إنه لن يرغب فى الخروج معي.	حزينة ٧٥%	مغالطة سوء الحظ أنا فى الحقيقة لا أعرف إن كان يريد أم لا(٩٠%). إنه لطيف معى فى الفصل(٩٠%). أسوأ الاحتمالات أن يقول لا وأشعر بحزن لفترة قصيرة (٩٠%). أحسن الاحتمالات أن يوافق	١- غضب ٥٠% ٢- حزن (٥٠% ٣- قلق (٥٠%)

				(١٠٠%). ممكن أن يقول لا ولكن لا يزال يعاملني بلطف(٨٠%). إذا استمريت فى التخمين فإننى لن أسـألـه، وسـوف تضـيع الفرصة(١٠٠%). يجب أن أبادر وأسأله (٥٠%) لا توجد مشكلة خطيرة على أية حال (٧٥%).	

أسئلة تساعد على تكوين الاستجابة التكيفية:

١- ما الدليل على أن الفكرة حقيقية؟

٢- هل هناك تفسير آخر. ما أسوأ ما يمكن أن يحدث؟ هل يمكن أعيش به؟

٣- وما أحسن الاحتمالات؟ وما النتيجة الأكثر واقعية؟

٤- وما تأثير اعتقاد أنى على أفكارى التلقائية ؟ وما نتيجة إمكانية تغير أفكارى؟

٥- ما الذى يجب علىَّ فعله حيال ذلك؟

٦- إذا كان صديق أو صديقة فى نفس الموقف ولديه أو لديها نفس الأفكار، فماذا أقول له أو لها؟

الشكل ٩-٢ سجل الأفكار التلقائية المعطلة

المعالج: خلينى أتأكد من إنى فاهم الموقف ده: صاحبتك (دونا) كلمتك، وقالت لك أنا مش حا أقدر آجى الأسبوع ده، وكان عندك الفكرة (بالتأكيد ما بقتش تحبنى زى الأول) وشعرت بالحزن؟ مظبوط؟

المريضة: مظبوط.

المعالج: كويس.. دلوقت فى دقائق قليلة عاوزين نقيم الفكرة دى. لكن الأول عاوز أوريكى استمارة ممكن تساعدك ، بنسميها (سجل الأفكار التلقائية) أو (سات) هى مجرد طريقة مرتبة للاستجابة للأفكار المزعجة؟ ماشى؟

المريضة: ماشى.

المعالج: هى دى... النهارده حنركز على العواميد الأربعة الأولى، يعنى حنشطب النهارده على العمودين الآخرين بس عاوز أقولك حاجة فى الأول، الأخطاء الإملائية والخط والقواعد مش مهمة.

المريضة: تضحك.

المعالج: ثانيًا: دى وسيلة مفيدة، وممكن تأخذ منك شوية تدريب علشان تجيدى استخدامها، ومتوقع تعملى بعض الأخطاء فى الطريق، والأخطاء دى حقيقى مفيدة فى الحقيقة علشان نشوف إيه اللى بيلخبطك ونعمله كويس المرة اللى بعدها؟ ماشى؟

المريضة: ماشى.

المعالج: إيه رأيك لو استخدمنا فكرتك (بالتأكيد ما بقتش تحبنى زى الأول) كمثال – لأن العمود الأول سهل– إمتى كانت عندك الفكرة دي؟

المريضة: النهارده الصبح.

المعالج: كويس.. فى العمود الأول تكتبى تاريخ اليوم والساعة.

المريضة: (نفعل ذلك).

المعالج: ممكن تكتبى برضه أى يوم فى أيام الأسبوع ده هيساعدنا كثير علشان لو حبينا نرجع له فى أى وقت فى العمود الثانى حنكتب الموقف اللى حصل لما جات لك الفكرة دى. يا ترى كنت معاها على التليفون ولا الفكرة جات لك بعد المكالمة؟

المريضة: كانت موجودة وأنا باكلمها.

المعالج: كويس.. تحت عمود الموقف ممكن تكتبى (التحدث فى التليفون مع دونا. يعنى الموقف ممكن يكون حدث فعلى أو أفكارك أنت عنه أو تخيلاتك أنت فى مخك؟ يا ترى دا واضح؟

المريضة: أفتكر واضح.

المعالج: هنستعمل أمثلة كثيرة علشان تبقى أوضح لك، وهتلاحظى أن الأسئلة فى أعلى العمود هتساعدك، وفيه كمان نوع ثالث من المواقف إذا كانت أفكارك التلقائية عن مشاعرك العاطفية أو الجسمانية. فمثلاً الموقف ممكن يكون (ملاحظة أنى أشعر بالحزن) والفكرة ممكن تكون (أنا مش لازم أحس بالإحساس ده).

المريضة: كويس... أفتكر فهمت.

المعالج: دلوقت.. العمود الثانى عن الأفكار التلقائية. هنا حتكتبى الكلمات الفعلية أو الصور اللى دارت فى ذهنك فى الحالة دى مثلاً عندك الفكرة (دى لازم مش بتحبنى زى الأول) قد إيه كنت بتعتقدى فى الفكرة فى الوقت ده؟

المريضة: كثير... ٩٠%.

المعالج: كويس.. اكتبى الفكرة واكتبى ٩٠% جنبها. وفى العمود الرابع تكتبى مشاعرك وقد إيه كانت شدتها. قد إيه كنت حزينة؟

المريضة: حزينة جدًا، ٨٠%.

المعالج: اكتبى كده. إيه رأيك نحاول ثاني. هل تفتكرى أى لحظات ثانية شعرتى فيها بتغير فى المزاج؟

المريضة: بالتأكيد.. أنا كنت با أبص على كتاب فى المكتبة النهاردة وشعرت بالحزن فعلا.

المعالج: كويس... خلينا نرجع ورا للحظة دي. كان النهاردة الصبح بدرى وأنت فى المكتبة، بتبصى على كتاب وكنتى فعلا حزينة. ودلوقت أسألى نفسك السؤال الموجود فى أعلى السات (إيه اللى بيدور فى مخى دلوقت) يا ريت تحطى خط أو تعملى دايرة على السؤال فى قمة ال "سات". وحينما تنجح المريضة فى إكمال الأعمدة الأربعة الأولى من ال "سات" بدون مساعدة أو بقليل منها، يمكن للمعالج أن يكلفها بواجب منزلى.

المعالج: كويس.. سالى إيه رأيك تحاولى تملى الأعمدة الأربعة الأولى من ال "سات" الأسبوع ده؟ أنت بتشوفى الأول أى تغيير فى مشاعرك كمفتاح علشان تبدأى وبعدين تسألى نفسك عن اللى بيدور فى مخك زى ما هو مكتوب فوق هنا.

المريضة: كويس.

المعالج: خلينى أفكرك بحاجتين: أولاً: مش لازم تمليها بطريقة مرتبة. ممكن مثلاً تكتبى مشاعرك فى خانة المشاعر سواء حزينة قلقانه أو متوترة وبعدين تشوفى الفكرة التلقائية اللى سببت المشاعر دى. وثانيًا: لازم تعرفى أن دى نوع من المهارة وممكن ما تقدريش تعمليها مضبوط من أول مرة؟ لأنها عاوزة تدريب.. صح؟ وكل ما حتدربى عليها كل ما تلاقيها سهلة.

المريضة: ماشى.

المعالج: تفتكري، تقدرى تكتبى كل يوم فكرة تلقائية فى الأسبوع ده؟

المريضة: بالتأكيد، حا حاول.

فى الجزء القادم يتبين للمعالج أن سالى لديها بعض الخلط بين المواقف والأفكار التلقائية والتفاعلات الفسيولجية والمشاعر (انظر أسفل شكل ٩-١)، ومن ثم أجل تقديم العموديين الآخرين، وبدلاً من ذلك راجع معها ما فعلته فى سجل الأفكار

التلقائية فى الواجب المنزلى.

المعالج: كويس... خلينا نأخذ نظرة على ال"سات" اللى عملتيه فى البيت. المثال الأول ده كويس، أنت كنت بتذاكرى علشان الامتحان وجات لك الفكرة (أنا عمرى ما حافهم ده) وكنت بتعتقدى فى الفكرة دى بدرجة ١٠٠%، وشعرت بحزن ٩٥% كويس لو عندنا وقت النهاردة إحنا حنقيم الفكرة دى. لكن خلينا نبص على البند الثانى اللى عملتيه أولاً.

المريضة: أنا ما عملتوش كويس، معرفتش أحدد إيه الأفكار التلقائية اللى عندي

المعالج: كويس... خلينا نبص عليه. كانت تقريبا الساعة٥ مساء ليلة إمبارح يا ترى كنت بتعملى إيه بالضبط؟

المريضة: أنا كان المفروض بذاكر، بس ما قدرتش أركز كويس، وكنت عماله أتمشى فى الغرفة رايحة، جاية.

المعالج: كنت بتفكرى فى إيه؟

لمريضة: كنت بافكر فى حصة الاقتصاد اللى عملتها النهاردة، كنت خايفة المدرس ينادى على ويسألنى وما عرفش أجاوب.

المعالج: يعنى كمان عندك الفكرة. أن المدرس ممكن ينادى عليا وما عرفش أجاوب.

المريضة: نعم.

المعالج: كويس.. اكتبى دى فى خانة الأفكار التلقائية، ويا ترى كنت قد إيه بتعتقدى فى الفكرة دى لحظتها؟

المريضة: حوالي ٨٠%.

المعالج: كويس... اكتبي.. ويا ترى الفكرة أثرت على مشاعرك إزاى؟

المريضة: قلقة، قلبى بدأ يدق بسرعة.

المعالج: قد إيه قلقة؟

المريضة: حوالى ٨٠%.

المعالج: اكتبى ده فى خانة المشاعر ٨٠%.. وتحت خانة المواقف اكتبى (التفكير فى حصة الاقتصاد).. زى ما يكون دقات القلب السريعة وقلة التركيز من أعراض القلق. هل فيه حاجة دارت فى مخك بالنسبة للأعراض دى؟

المريضة: أيوه... كنت باأفكر يا ترى إيه اللى بيجرى لى.

المعالج: كويس... بيبقى الموقف الثانى كان ملاحظة سرعة دقات القلب وقلة التركيز والفكرة التلقائية هى (إيه اللى بيحصل لى) ممكن تكتبى الحاجات دى؟

وفى الجزء التالى يلاحظ المعالج أن سالى قد أجادت ملء الأعمدة الأولية الأولى من "السات" بما يؤكده واجبها المنزلى، وأصبح عليه أن يعلمها ملء العمودين الآخرين إذا سنحت الفرصة. ويبدأ باستخدام الأسئلة فى الهامش الأسفل " فى تقييم إحدى الأفكار التلقائية بطريقة شفهية أولاً ليتأكد من فاعلية استعمال هذه الأسئلة.

المعالج: سالى.. خلينا نشوف إذا كنا نقدر ننقل الكلام اللى قلناه ده فى ال "سات" إيه التشويش المعرفى اللى عملتيه. المريضة: التفكير الكارثي.

المعالج: كويس.... ممكن تكتبى ده فى الخانة الرابعة، واللى بنسميها الاستجابة التكيفية. أنت فاهمة التعليمات بتاعة الخانة دى وكتابة نوع الانحراف المعرفى دى حاجة اختيارية.

المريضة: ماشى.

المعالج: وبعدين تستخدمى الأسئلة اللى فى الهامش الأسفل للورقة علشان تقيمى

أفكارك وتولفى استجابة تكيفية فى الخانة الرابعة. دى الأسئلة اللى استخدمناها من دقيقة بطريقة شفوية.

المريضة: ماشى.

المعالج: فى الأول إحنا بصينا على الدليل.. وبعدين استنتجت إيه؟

المريضة: ده اللى أنا مش عارفاه، يا ترى مش عاوز يخرج معايا ولا لأ بصراحة هو أتصرف معايا بطريقة لطيفة فى الفصل.

المعالج: كويس.. اكتبى الحاجتين دول فى الخانة الخامسة وقد إيه إنتى بتعتقدى فى كل جملة.

المريضة: حوالى ٩٠%.

المعالج: حطى ٩٠% بعد كل جملة. أولاً إحنا بصينا على النتائج إيه أسوأ أو أحسن حاجة ممكن تحصل وإيه الاحتمالات المتوقعة؟ (تستمر المريضة فى كتابة الاستجابة التكيفية ودرجة اعتقادها فى كل جملة). كويس خلينا نبص على آخر عمود. ياترى قد إيه بتعتقدى فى صحة أفكارك التلقائية دلوقت؟

المريضة: ممكن ٥٠%.

المعالج: وبتحسى بإيه دلوقت؟

المريضة: دلوقت مش حزينة قوى لكن أكثر قلقًا.

المعالج: كويس فى العمود الأخير، اكتبى (قلق) للأفكار التلقائية وجنبها اكتبى ٥٠%. وبعدين اكتبى حزينة واكتبى درجة الحزن (صفر – ١٠٠%).

المريضة: تفعل ذلك.

المعالج: دلوقت ممكن نبص على الفكرة اللى جعلتك قلقة.

وبعد ذلك يحاول المعالج أن يجعل مريضته تتدرب على ال "سـات" مـع فكرة تلقائية أخرى، ويضع لها واجبًا منزليًا، أو ينتقل إلى موضوع آخر.

تحفيز المرضى على استعمال سجل الأفكار التلقائية (سات):

يحتاج بعض المرضى إلى استخدام ال "سات" بطريقة سريعة ويستخدمونه بطريقة منتظمة حينما يشعرون بالحزن، ولكن بالنسبة للآخرين يلزمهم نوع من التشجيع والتحفيز كما يلى:

المعالج: سالي... واضح زى ما يكون أن استخدام ال "سات" بيساعد، يعنى خفف درجة حزنك من ٧٥% إلى ٥٠%.

المريضة: أيوه.

المعالج: تفتكرى استخدام الجدول ده حيساعدك فى المستقبل؟

المريضة: أيوه.

المعالج: أنت حاليًا كويسة خالص فى تقييم الأفكار ومعرفة الاستجابات لكن فيه ناس تفضل تكتب على الورق إيه رأيك؟

المريضة: أفتكر يكون أحسن.

المعالج: إيه رأيك تحاولى تعملى الكلام ده فى البيت الأسبوع ده؟

المريضة: أفتكر أقدر أحاول.

المعالج: تعرفي... أنا نفسى ساعات استخدم ال "سات" لما أكون حاسس أنى مش مضبوط، وباحس أن أفضل أنى أعمله كتابة أكثر من الشفوى بس ما عرفش أن كان دا مناسب بالنسبة لك، إيه رأيك تعمليها على سبيل التجربة الأسبوع ده؟ ممكن تستجيبى أفضل لأفكارك وتشوفى قد إيه بتأثر على مشاعرك وبعدين تجيبى ال "سات" وتكتبى كل حاجة فى الورق

وتشوفى إحساسك بعد كده؟ إيه رأيك؟

المريضة: ما شى.

المعالج: يعنى هتحاولى؟

المريضة: هحاول.

ولكى يشجع المعالج المريضة على استخدام سجل الأفكار التلقائية، يسألها أن تستخدمه على سبيل التجربة؛ فإذا عادت إليه الأسبوع التالى ومعها ال "سات"، وقد ساعدها على تخفيف حدة حزنها فإنها لن تحتاج إلى مزيد من التحفيز بعد ذلك. وأما إذا لم تحاول أو لم تستطع إكماله بالطريقة المتوقعة أو لم تشعر بأى تحسن فى مشاعرها؛ فعلى المعالج أن يحدد طبيعة الصعوبات، ويضع خطة مناسبة، وأحياناً تكون الاقتراحات المنطقية ذات نفع كبير.

المريضة: أنا عارفة أنى ممكن كان عندى أفكار تلقائية كثيرة الأسبوع ده فى أثناء الحصص، لكن ما قدرش اكتبها ساعتها أو فى مكانها.

المعالج: ده. صحيح.. تفتكرى من الأفضل أنك تتوقعى فكرة تلقائية قبل الحصة وتكتبيها فى ال "سات" أو فى أثناء الحصة؛ أى فكرة تيجى تكتبيها على ورقة فى أثناء الحصة وبعدين تنقليها فى ال "سات" بعد الحصة أو آخر النهار.

المريضة: أفتكر أنه من الأفضل أكتبها قبل الحصة، علشان ما شعرش بالقلق، لكن إذا ما كنتش جايه للعلاج ما كانش يبقى فيه أى حاجة مكتوبة.

المعالج: بعض الناس شايلين فى شنطهم نسخة فاضية من ال "سات"، تفتكرى لو عملتى كده يكون مفيد؟

المريضة: كويس.. بس المشكلة ما عرفش فين هاكتب الكلام ده. أنا مش عايزة أى حد يشوفه.

المعالج: ساعات لازم تكونى مبتكرة. بعض الناس يعملوها على مكتبهم زى أى

عمل كتابي، أو فى السيارة أو حتى فى الحمام إيه رأيك تشوفى أنت حتعملى إيه. ولو لقيت أى صعوبة أو لسه بتفكرى فى الناس يبقى هنناقش ده الأسبوع الجاى.

ومناقشة المريضة فى الجلسة التالية يمكن أن تشمل التعرف على الأفكار التلقائية المتعلقة باطلاع الآخرين على ال "سات" أو عن اليأس المتعلق بالقدرة على التحسن أو عدم الرغبة فى بذل المجهود المطلوب لتغير الحالة النفسية أو أية أفكار معطلة أخرى تقابلها فى طريق إعدادها لسجل الأفكار التلقائية (سات).

وإذا لم يحقق سجل الأفكار التلقائية النتيجة المطلوبة كما هو الحال مع أى وسيلة من وسائل العلاج المعرفي، لا ينبغى المبالغة فى تفخيم أهميته. وأغلب الناس فى بعض الأحيان يجدون أن سجل الأفكار التلقائية (ال "سات") لم يحقق الراحة المنشودة. وبالتأكيد على المنفعة العامة واستغلال نقاط التعثر كفرصة للتعليم يساعد المعالج مرضاه على معرفة أن الأفكار التلقائية وانتقادها ليس هدفًا فى حد ذاته، وكذلك استخدام ال "سات" أو حتى العلاج نفسه ليس هدفا فى حد ذاته. واعتمادًا على المريض نفسه، يمكن للمعالج أن يشرح الأسباب التى لم تجعل من سجل الأفكار التلقائية وسيلة فعالة لتخفيف الألم. وكما سبق وذكرنا فى الفصول السابقة أن التعرف على الأفكار التلقائية وتقييمها سواء باستخدام ال "سات" أو بدونه قد لا يكون كافيًا لتخفيف الألم إذا لم تستطع المريضة التجاوب مع أكثر أفكارها إزعاجًا أو إذا كانت أفكارها التلقائية هى معتقد جوهرى لديها أو أدت إلى تنشيط معتقد تحتى أو إذا كان تقييمها وتجاوبها سطحيًا أو أنها قللت من شأن استجاباتها.

طرق إضافية للتجاوب مع الأفكار التلقائية:

وهكذا رِكَّز هذا الفصل على الطرق المكتوبة للاستجابة للأفكار التلقائية، وليس عمليًا أو مستحبًا للمريضة أن تتجاوب مع كل فكرة تلقائية بطريقة مكتوبة،

وإذا فعلت ذلك فستصبح حياتها مكرسة لهذا العمل. وفى الحقيقة يستطيع ذلك بعض المرضى (بل ويفضلون ذلك) وخصوصًا ذوى الشخصيات الوَسواسية Obsessive-Compulsive Personality Disorder، ولكن مرضى آخرين لا يحبون الالتزام بهذه التعليمات الكتابية. وفيما يلى بعض الوسائل البديلة، والتى لا تتطلب عملاً كتابيًا.

١- عمل ال "سات" بطريقة عقلية شفهية.

٢- قراءة سجل مكتوب سابقًا يحتوى على أفكار تلقائية مشابهة.

٣- إملاء شكل معدل من ال "سات" على شخص آخر للكتابة أو جعل شخص آخر يقرأ ال "سات" على سمعها.(إذا كانت المريضة تفهم معنى ال "سات"، ولكنها لا تجيد القراءة والكتابة).

٤- قراءة كروت تكيفية (انظر الفصل الثانى عشر).

٥- الاستماع إلى جلسة علاجية أو مشاهدتها على شريط فيديو.

٦- وأخيرًا، فإنه من المفيد فى بعض الأحيان اللجوء إلى حل المشكلة بدلاً من تقييم الأفكار التلقائية. فسالى على سبيل المثال تعانى من الفكرة (أنا لن أستطيع تعلم دروس الاقتصاد قبل الامتحان)، ومن خلال الأسئلة المتأنية قد استخلص المعالج أنها لو استمرت فى الاستذكار بنفس طريقتها، فإنها لن تستطيع تعلم المادة جيدا، وعليها أن تغير طريقتها فى الاستذكار. وإن عليه أن يساعدها على حل المشكلة بطرق عملية مثل استعارة مذكرات إضافية من زميلاتها، أو الاستعانة بالمدرس للمساعدة أو التخطيط فى الكتاب بطريقة معينة أو تحديد الكتب والفصول اللازمة لدراستها أو الاستذكار مع صديقة لها،... وهكذا.

وتلخيصًا لما سبق، فإن على المعالج أن يعلم المرضى طرقًا مختلفة

للتجاوب مع أفكارهم المنحرفة أو المشوهة، والتدريب الدقيق على استعمال سجل الأفكار التلقائية سوف يعظم من قدرة المرضى على استخدام هذه الوسيلة المهمة بأنفسهم، ولكن هناك طرقًا أخرى تساعد المرضى على التجاوب مع أفكارهم التلقائية إذا لم يستطيعوا استخدام السجل.

الفصل العاشر

التعرف على المعتقدات الوسطية وتعديلها

تناولت الفصول السابقة كيفية التعرف على الأفكار التلقائية وتعديلها، وهى الكلمات الفعلية أو الأخيلة التى تدور فى عقل المريض فى موقف معين وتسبب الضيق أو التوتر. وسوف يتناول هذا الفصل الأفكار والمفاهيم الأعمق وغير اللفظية، والتى غالبًا ما يكونها المرضى عن أنفسهم وعن الآخرين وعن عالمهم الشخصى والتى تنشأ منها أفكار تلقائية معينة، وفى الأغلب الأعم تكون هذه الأفكار غير معلنة قبل العلاج، ولكن يمكن استبيانها بسهولة من المريض أو يمكن الاستدلال عليها ومن ثم فحصها.

وكما وصفنا فى الفصل الثانى يمكن أن تقسم هذه المعتقدات إلى مجموعتين هما: المعتقدات الوسطية intermediate beliefs (وتتكون من القواعد، والاتجاهات أو المواقف، والافتراضات)، والمعتقدات الجوهرية (وهى أفكار كلية مطلقة وجامدة عن الذات أو الآخرين). وإذا كانت المعتقدات الوسطية أكثر صعوبة فى تعديلها من الأفكار التلقائية، فإنها أكثر قابلية للتطويع من المعتقدات الجوهرية.

وينقسم هذا الفصل إلى جزءين: الجزء الأول يصف عملية تكوين المفهوم (والتى سبق ذكرها فى الفصل الثانى) وعملية إنشاء رسم تخطيطى وهو ما يعرف بمخطط تكوين المفهوم ويتم التركيز على عملية تكوين المفهوم فى هذا الكتاب، وذلك للمساعدة فى وضع خطة العلاج وجعل المعالج قادرًا على اختيار التدخل المناسب، ويكون قادرًا على تخطى نقاط التعثر حينما يفشل التدخل العلاجى القياسى.

وأما إظهار وتعديل المعتقدات الوسطية فهو موضوع الجزء الثانى من هذا الفصل، والذى سوف يظهر وسائل إضافية خاصة لإظهار المعتقدات الجوهرية وتعديلها.

التصور المعرفى أو تكوين المفهوم:

يعمل المعالج والمريضة بصفة عامة على الأفكار التلقائية قبل مناقشة المعتقدات، وعلى الرغم من ذلك فإن المعالج يبدأ من البداية فى صياغة مفهوم يربط الأفكار التلقائية بطريقة منطقية مع معتقدات المستويات الأعمق. وإذا لم يستطع المعالج أن يرى هذه الصورة الكلية فإنه قد يكون أقل توجهًا بالعلاج إلى طريقة فعالة وكافية. وقد يقفز المعالج المبتدئ من معتقد وسطى إلى آخر بدلاً من التعرف على الفكرة المركزية الرئيسية ومعالجتها.

ولذلك فعلى المعالج أن يبدأ بتعبئة مخطط التصور المعرفى أو مخطط تكوين المفهوم (شكل ١٠-١) بمجرد أن يحصل على المعلومات اللازمة عن الأفكار التلقائية، والمشاعر، والسلوك المرتبط بها، وكذلك المعتقدات. ويظهر هذا المخطط العلاقة بين المعتقدات الجوهرية والمعتقدات الوسطية والأفكار التلقائية الحالية. فهو يقدم خريطة معرفية لحالة المريض، ويساعد على تنظيم البيانات الكثيرة التى يظهرها المرضى، ويوضح المخطط فى الشكل (١٠-١) الأسئلة الأساسية التى يسألها المعالج لنفسه حتى يستطيع إكمال ملء المخطط.

وفى البداية قد تكون لدى المعالج معلومات كافية فقط لملء جزء من المخطط، وله أن يترك المربعات الأخرى فارغة أو يملأها بما استنتجه من معلومات منتهية بعلامة استفهام ليبين طبيعتها الاحتمالية، ويقوم بمراجعة هذه المربعات الفارغة أو ذات المعلومات المحتملة مع مريضته فى الجلسات المقبلة.

ويمكن للمعالج فى بعض الأوقات أن يشرك المريضة فى عملية تكوين المفهوم حينما يكون هدفه من الجلسة هو مساعدة المريضة فى تفهم تصور عام عن مشاكلها. وفى هذه الحالة عليه أن يراجع التصور بطريقة شفهية أو أن يعيد رسم المخطط مع المريضة أو يقوم بإكمال المخطط الموجود. وحينما يعرض المعالج تصوراته فهو يعرضها كفرضية، ويسأل المريضة ما إذا كانت هذه

الفرضية تتفق مع حالتها أو لا، ويمكن تصحيح النظرية مع المريضة بما هو مناسب. وعادة ما يكون من المستحسن أن نبدأ بالجزء الأسفل من المخطط. ويدون المعالج ثلاثة مواقف نموذجية تكون فيها المريضة منزعجة ثم يملأ مربع الأفكار التلقائية المرتبطة بها ومعناها. وبالتالى مشاعر المريضة الناتجة عنها والسلوك الناتج عن ذلك (إن وجد)، وإذا لم يسأل المريضة مباشرة عن معنى الأفكار التلقائية بالنسبة لها، فإما أن يفترض المعنى (مع وضع علامة استفهام) أو أن يستمر وذلك أفضل- فى استخدام وسيلة السهم النازل (ص ص: ٢٤٣ - ٢٤٥) مع المريضة فى الجلسة التالية حتى يكشف عن معنى كل فكرة.

وما تعنيه الأفكار التلقائية فى كل حالة ينبغى أن يكون مرتبطاً منطقيًا مع مربع المعتقدات الجوهرية قرب أعلى المخطط. فعلى سبيل المثال يظهر مخطط سالى (شكل١٠-٢) بوضوح كيف أن أفكارها التلقائية ومعنى هذه الأفكار ترتبط ارتباطاً منطقيًا بمعتقدها الجوهرى وهو عدم كفاءتها.

مخطط التصور المعرفى

اسم المريضة: التاريخ:

التشخيص: المحور (١): المحور(٢):

معلومات عن الطفولة ذات علاقة
ما التجارب التى أسهمت فى تكوين المعتقد الجوهرى فى مرحلة الطفولة؟

المعتقدات الجوهرية
ما أهم معتقد مركزى عن نفسها؟

الاقتراحات، المعتقدات- القواعد
ما الافتراض الإيجابى الذى جعلها تتعايش مع المعتقد الجوهري؟ وما الجانب السلبى لهذا الافتراض؟

الخطط التعويضية
ما السلوك أو السلوكيات التى ساعدتها على التكيف مع معتقداتها؟

الموقف ١ ما الموقف / المشكلة؟	الموقف ٢	الموقف ٣
الفكرة التلقائية ما الذى دار فى عقلها؟	الفكرة التلقائية	الفكرة التلقائية
معنى الفكرة التلقائية ماذا تعنى الفكرة التلقائية ؟	معنى الفكرة التلقائية	معنى الفكرة التلقائية
المشاعر ما المشاعر المرتبطة بالفكرة؟	المشاعر	المشاعر
السلوك ماذا فعلت المريضة عندئذ؟	السلوك	السلوك

الشكل ١٠-١ مخطط التصور المعرفى.Copy right 1993 by Judith s.Beck

مخطط التصور المعرفي

اسم المريضة: سالى التاريخ: ٢٢/٢

التشخيص: محور (١) نوبة اكتئاب عظمى محور(٢) لا يوجد

معلومات عن الطفولة ذات علاقة
- مقارنة نفسها بأخيها الأكبر وزملائها
- الأم كثيرة الانتقاد

المعتقد الجوهرى
- أنا غير كفء

الاقتراحات المشروطة، المعتقدات– القواعد
(إيجابية) إذا عملت بجهد شديد سأكون على ما يرام
(سلبية) أنا لا أعمل جيدًا، ولذا أنا فاشلة

الخطط التعويضية
العمل بأكثر من المطلوب
- النظر إلى العيوب وإصلاحها لتحقيق المستوى المطلوب
- تجنب طلب المساعدة

الموقف ١	الموقف ٢	الموقف ٣
الحديث مع الزملاء عن وضع الدرجات المتقدمة	التفكير فى متطلبات الفصل الدراسي	التفكير فى صعوبة كتاب الرياضيات
معنى الفكرة التلقائية: أنا غير كفء	معنى الفكرة التلقائية: أنا غير كفء	معنى الفكرة التلقائية: أنا غير كفء
المشاعر: حزن	المشاعر: حزن	المشاعر: حزن
السلوك: –	السلوك: بكاء	السلوك: إغلاق الكتاب التوقف عن المذاكرة

Copy right, 1993 by Judith beck, شكل(١٠-٢) مخطط سالى للتصور المعرفى PH.D

ولإكمال المربع الأعلى من المخطط نفسه، يسأل المعالج نفسه (والمريضة): كيف نشأ المعتقد الجوهرى وكيف استمر؟ وما أحداث الحياة (وخصوصا تلك التى حدثت فى الطفولة) التى اختبرتها المريضة، والتى يمكن أن تكون ذات علاقة بنشأة وثبات المعتقد الجوهري؟ إن أحداث الحياة النموذجية في مرحلة الطفولة هى التى تشمل الأحداث ذات الدلالة مثل النزاع المستمر أو الدورى مع الأبوين أو أفراد الأسرة وطلاق الوالدين، والتعامل السلبى مع الأبوين والإخوة والمدرسيين والزملاء وغيرهم، والتى يترك فيها الطفل ملومًا أو منتقدًا أو مهملاً بطريقة أو بأخرى، وكذلك المرضى وموت الآخرين المهمين، وكذلك الاعتداء الجسدى والجنسى وأمور الحياة الأخرى المزعجة مثل النشوء في بيئة فقيرة أو مواجهة التمييز العنصرى وما شابه ذلك.

ويمكن للمعلومات المتعلقة بالطفولة أن تكون غير دقيقة أو غير واضحة مثل إحساس الطفلة (والذى يمكن أن يكون غير صحيح) بأن الوالدين يفضلان عليها شقيقًا آخر وانتقاد الطفلة المستمر لنفسها حين تقارن نفسها بشقيقها أو إحساس الطفلة بأنها مختلفة بصورة ما أو محتقرة من أقرانها، أو إحساس الطفلة بأنها لم تكن عند حسن ظن والديها بها أو مدرسيها أو الآخرين بصفة عامة.

وبعد ذلك يسأل المعالج نفسه (كيف استطاعت المريضة أن تتغلب على الاعتقاد الجوهرى المؤلم؟) ما المعتقدات الوسطية (الافتراضات- المواقف – القواعد) التى كونتها؟

وتبدو معتقدات سالى معروضة بطريقة هيراركية في الشكل (١٠-٣) وربما أن سالى لديها كثير من المعتقدات الوسطية، والتى يمكن أن تقسم إلى مواقف أو اتجاهات وقواعد، فإنه لمن المفيد أن تدون المعتقدات الرئيسية أو الافتراضات الرئيسية فى المربع أسفل مربع المعتقد الجوهرى (انظر الفصل

السادس للتعرف على كيفية مساعدة المريضة على التعبير عن اتجاه أو افتراض أو قاعدة) وعلى سبيل المثال فلقد تكون لدى سالى افتراض إيجابى ساعدها على التكيف مع الاعتقاد الجوهرى بعدم الكفاءة (إذا عملت بجهد شديد فإننى سوف أكون على ما يرام)، وكمعظم المرضى فإن سالى أيضًا لديها فرضية سلبية، وهى الجانب الآخر من العملة (إذا لم أعمل باجتهاد شديد فسوف أفشل) ومعظم المرضى ذوى التشخيص على المحور الأول فى دليل تشخيص الأمراض النفسية الأمريكى الرابع ، يميلون إلى العمل بالفرضية الإيجابية حتى يصابوا بالمرض النفسى حيث تنشط لديهم الفرضية وتطفو على السطح.

ولكى نكمل المربع التالى (الاستراتيجيات التعويضية) يسأل المعالج نفسه ما الخطط الاستراتيجية التى كونتها المريضة حتى تتكيف مع الاعتقاد الجوهرى المؤلم؟ ولاحظ أن الفرضية العامة للمريضة تربط ما بين الاعتقاد الجوهرى والخطط التعويضية. (إذا فعلت هذه الخطة التعويضية) إذن(اعتقادى الجوهرى يمكن ألا يكون حقيقيًا) واستراتيجيات سالى هى العمل الشاق الدؤوب، والتحضير الجيد للامتحان أو الدروس وأن تكون واعية جدًا لنواحى قصورها ونقاط ضعفها، وأن تتجنب طلب المساعدة (خصوصًا فى المواقف التى يبدو فيها طلب المساعدة دليل على عدم كفاءتها). إنها تعتقد حينما تفعل ذلك أنها سوف تحمى نفسها من الفشل وظهور عدم كفاءتها (وإن عدم قيامها بذلك سوف يؤدى إلى الفشل وظهور ضعفها).

معتقد جوهرى	**أنا غير كفء**

معتقدات وسطية

1. **مواقف واتجاهات: إنه من المرعب أن أكون غير كفء.**
2. **افتراض (إيجابي): إذا عملت باجتهاد شديد فسوف أنجح**
   (سلبي): إذا لم أعمل باجتهاد شديد فسوف أفشل.
3. **قواعد: ينبغى دائمًا أن أعمل بأقصى ما في وسعى.**
   ينبغى أن أكون عظيمة فى كل ما أفعله.

الأفكار التلقائية فى حالة الاكتئاب: لا أستطيع عمل ذلك
_ هذا صعب جدًا
_ لا يمكن دراسة كل هذا

الشكل (١٠-٣) التسلسل الهرمى للمعتقدات والأفكار التلقائية

وقد تتخذ مريضة أخرى استراتيجيات معاكسة لتصرفات سالى مثل تجنب العمل الشاق أو تبنى أهداف بسيطة أو عدم الاستعداد وطلب المساعدة من الآخرين. فلماذا اتخذت سالى هذه الخطة الاستراتيجية، بينما اتخذت الأخرى خطة معاكسة؟ ربما منحتهم الطبيعة أساليب معرفيه وسلوكية مختلفة وفى تفاعلهم مع البيئة المحيطة تكونت لديهم معتقدات وسطية مختلفة دعمت خططهم الخاصة، وربما كان للمريضة الأخرى المفترضة بسبب تجارب الطفولة نفس المعتقد الجوهرى بعدم الكفاءة، لكنها تكيفت مع ذلك بمجموعة أخرى من المعتقدات (إذا فكرت فى أهداف بسيطة ربما أكون قادرة على تحقيقها وحتى إن لم أستطع تحقيقها فإننى لن أخسر الكثير) (إذا حاولت بعض الشيء وفشلت فإننى أكون قد فشلت بسبب سوء الحظ وليس بسبب عدم كفاءتي) (إذا اعتمدت على نفسى فإننى لن أستطيع تحقيق ما أريد، ولذا فعلى الاعتماد على الآخرين).

وربما يفسر المعالج لهذه المريضة أن تكوينها الوراثى مع عوامل محيطة

منذ طفولتها المبكرة أديا إلى تبنى هذه الأفكار والاستراتيجيات التكيفية، وأنه يمكن من خلال العلاج أن تستطيع أن تعدل من هذه المعتقدات وخطط التكيف حينما يثبت فشلها.

لاحظ أن الخطط التعويضية هى سلوك طبيعى، حيث إن جميع الناس قد يلجأون إليها فى أوقات كثيرة، وأن الصعوبة التى يواجهها الناس فى لحظات الأزمة تكمن فى كثرة استعمال هذه الاستراتيجيات على حساب استراتيجيات أكثر فائدة ونفعًا. والشكل (١٠ -٤) يبين بعض الاستراتيجيات التى يتبناها المرضى للتكيف من معتقداتهم الجوهرية المؤلمة.

تجنب المشاعر السلبية	اصطنع مشاعر عالية (اجذب الانتباه)
حاول أن تكون كاملاً	اظهر كما لو كنت غير كفؤ أو مسكينًا
كن مسئولاً	تجنب المسئولية
ابحث عن الاعتراف بك	تجنب لفت الأنظار
تجنب المواجهة	استفز الآخرين
حاول أن تتحكم فى المواقف	تجنب التحكم فى الآخرين
تصرف كطفل	تصرف بطريقة سلطوية
حاول أن تسر الآخرين	ابتعد عن الآخرين ولا تسر إلا نفسك

شكل (١٠-٤) نموذج للاستراتيجيات التعويضية

وملخص ما سبق أن مخطط التصور المعرفى ينبغى أن يكون مفهومًا منطقيًا بالنسبة للمعالج والمريضة، وأنه قابل لإعادة التقييم والتعديل كلما وردت معلومات إضافية، وإن المعالج ليقدمه للمريضة على أنه وسيلة مفسرة صمم لجعلها قادرة على فهم ردود أفعالها الحالية تجاه المواقف والأحداث، وربما يقدم المعالج النصف الأسفل فى البداية تاركًا النصف الأعلى للوقت، وحينما يتأكد له أن المريضة سوف تستفيد من معرفته. وبينما يستطيع بعض المرضى أن يكونوا جاهزين لاستخدامه عقليًا وعاطفيًا بصورة كلية، فإن هناك مرضى آخرين (خصوصًا أولئك الذين لا يكونون علاقة علاجية طيبة أو لا يعترفون بالنموذج

المعرفى) أولئك ينبغى تقديم المخطط لهم فى مرحلة متأخرة من العلاج (إذا كان ضروريًا). وكما سبق ذكره فكلما يصل المعالج إلى تصور ما فإنه يطلب من مرضاه التصديق على هذا التصور أو عدم التصديق أو تعديل نظريته بالتعاون مع بعضهما البعض.

التعرف على المعتقدات الوسطية:

كيف يتعرف المعالج على المعتقدات الوسطية؟ إنه يفعل ذلك باتباع النقاط التالية:

١. التعرف على الاعتقاد حينما يظهر فى فكرة تلقائية.
٢. تقديم الجزء الأول من افتراض ما.
٣. إظهار الاتجاهات والقواعد بطريقة مباشرة.
٤. استخدام تكنيك السهم الهابط.
٥. اختبار الأفكار التلقائية للمريضة والنظر إلى عامل مشترك بينهما.
٦. مراجعة استبيان المعتقدات بعد أن تملأه المريضة.

وهذه الاستراتيجيات موضحة كالتالي:

١- يمكن للمريضة فى البداية أن تعبر عن اعتقاد ما كفكرة تلقائية، وخصوصًا إذا كانت مكتئبة.

المعالج: إيه اللى دار فى مخك لما رجعلك الاختبار؟

المريضة: لازم أشتغل أحسن، أنا ما أعرفش أعمل حاجة كويسة، أنا غير كفء (معتقد جوهري).

٢- يستطيع المعالج أن يكون قادرًا على استنباط افتراض كامل بتقدير النصف الأول منه.

المعالج: يعنى أنت عندك الفكرة (أنا لازم أقعد سهرانة طول الليل أذاكر)

المريضة: أيوه.

المعالج: وإذا ماكنتيش اشتغلت بأقصى جهد ممكن على مشروع أو ورقة بحث؟

المريضة: معناها أنى ما عملتش الواجب كما يجب وهفشل.

المعالج: ياترى ده ما شى مع اللى قلناه قبل كده فى العلاج؟ يا ترى ده هو اللى بتفكرى فيه باستمرار وهى دى طريقتك فى الحياة (إذا ما اشتغلتش كويس جدًا جدًا حافشل)؟

المريضة: أيوه أفتكر كدة.

المعالج: ممكن تدينى أمثلة ثانية علشان نشوف قد إيه الاعتقاد بتاعك ده؟

٣- يمكن للمعالج إظهار قاعدة ما أو اتجاه ما بطريقة مباشرة.

المعالج: يعنى مهم جدًا ليكى انك تعملى كويس قوى فى عملك التطوعى فى التعليم؟

المريضة: آه... أيوة.

المعالج: فاكرة لما اتكلمنا فى الموضوع قبل كده لازم اشتغل كويس جدا؟ يا ترى دى قاعدة عامة فى حياتك؟

المريضة: آه.. أنا الحقيقة ما فكرتش فى الحكاية دى قبل كدة.. أنا أفتكر أن أى حاجة أعملها لازم أعملها كويس.

٤- غالبًا ما يستخدم المعالج أسلوبًا رابعًا للتعرف على المعتقدات الوسطية (والجوهرية):

وهو أسلوب السهم الهابط (Burns, 1980): أولاً يتعرف المعالج على فكرة

تلقائية مهمة، والتى يظن أنها تنشأ مباشرة من اعتقاد خاطئ ثم يسأل المريضة عن معنى هذه الفكرة على افتراض أن الفكرة التلقائية هى حقيقية، ويستمر فى ذلك حتى يكتشف اعتقاد أو أكثر آخرين. وبالسؤال ماذا تعنى الفكرة بالنسبة للمريضة غالبًا ما يظهر اعتقاد وسطى وبسؤالها ماذا يعنى ذلك بالنسبة لها سوف يظهر الاعتقاد الجوهرى.

المعالج: كويس، علشان نلخص.. أنت سهرت إمبارح فى المذاكرة، وكنت بتشوفى كراسة الفصل، وكان عندك الفكرة "الكراسة دى معفنة وشعرتى بالحزن"؟

المريضة: صحيح.

المعالج: إحنا لسة ما شفناش إن كانت فكرتك دى صحيحة ولا لأ، لكن عاوزين نشوف ليه الفكرة دى خلتك حزينة، إيه معنى ده بالنسبة لك؟

المريضة: أنا ما عملتش شغل كويس فى الحصة.

المعالج: كويس.. إذا كان صحيح أنك ما شتغلتيش كويس قوى فى الحصة فإيه معنى ده؟

المريضة: أنا تلميذة وحشة.

المعالج: إيه يعنى لو كنت تلميذة وحشة؟

المريضة: أنا مش كويسة ، أنا غير كفء (معتقد جوهرى):

وفى بعض الأحيان يتوقف المعالج فى مسار السهم الهابط حينما تجيب المريضة بطريقة شعورية مثل (سوف يكون ذلك مرعبًا) سأكون قلقة جدًا كما فى المثال التالي. وهنا على المعالج أن يتعاطف برفق مع المريضة، ثم يحاول معاودة المسار لكى يقلل من احتمالات أن تتفاعل المريضة بطريقة سلبية معه، ويقدم دائمًا تفسيرًا لأسئلته المتكررة ويغير طريقته فى السؤال كما يلى:

إذا كان حقيقيًا فماذا يعني؟
ما السيئ فى ذلك؟
ما أسوأ جزء فى المشكلة؟
وماذا يعنى ذلك بالنسبة لك؟

والمقطع التالى يبين تقديم تفسير مختصر، وكذلك تنويعًا فى الأسئلة فى طريقة السهم الهابط.

المعالج: من المهم أنى أفهم إيه أكثر حاجة مضايقاكى فى الموضوع ده؟ إيه يعنى لو زميلتك فى السكن أو أصدقاءك جابوا درجات أكثر منك؟

المريضة: ما أقدرش أتحمل كدة.

المعالج: يعنى أنت متضايقة كثير، بس إيه أكثر حاجة مضايقاكى؟

المريضة: إنهم ممكن يبصولى بتعالى.

المعالج: وإيه يعنى لو بصولك بتعالي.. إيه أكثر حاجة تضايقك فى كده؟

المريضة: أنا أكره كدة

المعالج: أيوه أنا عارف إنك تضايقى جدًا لو دا حصل، لكن وبعدين لو بصوا لك بتعالي؟ إيه اللى هيحصل؟

المريضة: ما أعرفش... حاجة وحشة جدًا طبعًا.

المعالج: هل ده يعنى حاجة بالنسبة لك؟ إذا بصوا لك بتعالي؟

المريضة: طبعًا.. معناه أنى أقل منهم.. مش كويسة زيهم.

ولكن كيف يعرف المعالج متى يوقف طريقة السهم النازل؟ عمومًا يكون هذا المعالج قد أظهر المعتقدات الوسطية المهمة أو المعتقدات الجوهرية حينما تظهر المريضة انعطافا ناحية المشاعر السلبية أو حينما تبدأ فى تسمية الاعتقاد

بنفس الكلمات أو كلمات مشابهة.

المعالج: وإيه يعنى لو حسيتى إنك أقل منهم؟

المريضة: بس كده... أنا أقل أنا غير كفء (معتقد جوهرى).

٥- **طريقة خامسة للتعرف على الاعتقاد الجوهرى، وهى وجود ملامح مشتركة بين الأفكار التلقائية فى المواقف المختلفة:** ويستطيع المعالج أن يسأل المريضة ذات البصيرة إن كان هناك تشابه بين أفكارها التلقائية أو يفترض اعتقادًا ويسألها عن رأيها فى افتراضه.

المعالج: سالي، فى مواقف مختلفة كان واضح إن عندك الفكرة (أنا ما أقدرش أعمله) أو (ده صعب جدًا على).

(أنا ما أقدرش أخلصه) يا ترى عندك اعتقاد إنك إلى حد ما غير كفء أو ضعيفة؟

المريضة: أيوه... أفتكر كده.. أفتكر إنى غير كفء.

٦- **طريقة سادسة للتعرف على الاعتقاد، وهو سؤال المريضة بطريقة مباشرة، فإن بعض المرضى يستطيعون التعبير عن معتقداتهم بسهولة ويسر.**

المعالج: سالي.. إيه رأيك فى طلب المساعدة من الغير؟

المريضة: أوه.. طلب المساعدة هو علامة ضعف.

٧- **يمكن للمريضة أن تكمل استبيانًا عن المعتقدات مثل مقياس الاتجاهات المعطلة (Weissman&Beck,1978)** والمراجعة الدقيقة لبنود المقياس التى لها دلالة بالنسبة للمريض تلقى الضوء على المعتقدات الإشكالية، وأن استخدام هذا المقياس نافع إذا استخدم كوسيلة إضافية مع الوسائل السابقة.

وملخص لما سبق، فإن المعالج يستطيع التعرف على المعتقدات، سواء

الوسطية أو الجوهرية بطرق مختلفة مثل:

- النظر إلى التعبير عن الاعتقاد بالأفكار التلقائية.
- تقديم الجملة الشرطية (إذا....) لافتراض ما وطلب المريض أن يكملها.
- إظهار القاعدة مباشرة.
- استخدام طريقة السهم الهابط.
- التعرف على ملامح مشتركة بين الأفكار التلقائية.
- سؤال المريضة ماذا تظن أن يكون اعتقادها.
- مراجعة استبيان المعتقدات لدى المريضة.

تقرير ما إذا كان يجب تعديل الاعتقاد:

وبعد التعرف على الاعتقاد، يقرر المعالج إذا كان هذا الاعتقاد الوسطى هو مركزى أم أنه طرفي. وعمومًا لكى يكون العلاج مؤثرًا وفعالاً ينبغى على المعالج أن يركز على أكثر المعتقدات مركزية (Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986). إن وقت المعالج ومجهوده قد يضيعان فى مناقشة المعتقدات الطرفية أو السطحية وهى تلك الأفكار الخارجة عن محيط الاهتمام أو التى يعتقد فيها المريض بطريقة سطحية.

المعالج: زى ما يكون إنك بتعتقدى أنه إذا لم يقبلك الناس فمعنى كده أنك أقل منهم؟

المريضة: أفتكر كده.

المعالج: قد إيه بتعتقدى فى كده؟

المريضة: مش كثير.. يمكن ٢٠%.

المعالج: أفتكر أنه لازم نشتغل فى الفكرة دى مادام اعتقادك بها بسيط إيه رأيك

نرجع للمشكلة الأساسية اللى كنا بناقشها؟

وبالتعرف على اعتقاد وسطى مهم، يقرر المعالج إذا كان عليه أن يجعل هذا الاعتقاد واضح للمريضة، ويقرر إذا كان سوف يعمل على هذا الاعتقاد فى الحال أو فى جلسات مقبلة، ولكى يساعد المعالج نفسه على هذه القرارات فعليه أن يسأل نفسه:

- ما الاعتقاد؟
- ما شدة اعتقاد المريضة به؟
- إذا كان الاعتقاد شديدًا ما شدة تأثيره على حياتها؟ وكيف؟
- إذا كان شديدًا، هل على أن أناقشه الآن؟ هل المريضة مستعدة لمناقشته الآن؟ وهل هى قادرة فى هذه الجلسة؟ وهل تسمح أجندة اليوم بمناقشته أو أن المريضة مستعدة لأن تؤجل بعض بنود الأجندة لمناقشته؟

وعمومًا فإن المعالج يمتنع عن مناقشة تعديل السلوك حتى تصبح المريضة مستعدة للتعرف على أفكارها التلقائية وتعديلها وقد تحررت من بعض أعراضها. إن تعديل الاعتقاد قد يكون سهلاً مع بعض المرضى، ولكنه أكثر صعوبة مع آخرين، وإن تعديل المعتقدات الوسطية دائمًا ما يتحقق قبل تعديل الاعتقاد الجوهرى حيث إن الأخير قد يكون صلبًا وجامدًا.

تعليم المرضى التعرّف على المعتقدات:

عند التعرف على اعتقاد مهم، وبعد التأكد من أن المريضة تؤمن به بشدة، يمكن للمعالج أن يعلم المريضة عن المعتقدات بصفة عامة، وذلك باستخدام اعتقاد معين كمثال. إنه يؤكد أن هناك مجموعة من المعتقدات الممكنة التى يمكن أن تكون المريضة قد تبنتها، وأن كل هذه المعتقدات مكتبسة وليست غريزية، ولذا فإنه يمكن تعديلها.

المعالج: كويس.. إحنا عرفنا بعض معتقداتك (إنه من المرعب أن أعمل بطريقة متوسطة) (على أن أعمل كل شيء كاملاً وعظيمًا) (إذا عملت بأقل من أفضل ما عندى فأنا فاشلة) منين تفتكرى تكونى اتعلمت الأفكار دي؟

المريضة: من التربية على ما أفتكر.

المعالج: تفتكرى كل واحد عنده الأفكار دى؟

المريضة: لا... بعض الناس ما يهمهمش كثير.

المعالج: ممكن تفتكرى أى حد تعرفيه ما عندوش نفس المعتقدات؟

المريضة: بنت عمى إميلى مثلاً.

المعالج: إيه المعتقدات اللى عندها؟

المريضة: أفتكر أنها بتعتقد أنه ممكن نعمل عمل نص نص، هى تحب تقضى وقت ظريف.

المعالج: يعنى أتعلمت معتقدات مختلفة؟

المريضة: أفتكر كده.

المعالج: كويس... الوحش فى الموضوع إن أنت عندك مجموعة معتقدات ما ساعدتش كثير فى أنك تكون راضية.. مظبوط؟ والحلو فى الموضوع أن المعتقدات دى أنت اكتسبتيها بالتعلم ويمكن تغييرها . صحيح مش هتبقى زى إميلى على النقيض، لكن حاجة كده وسط بينك وبينها، يا ترى ده بناسبك؟

المريضة: كويس.

تغير القواعد والاتجاهات إلى صورة الفرضيات:

فى الغالب يكون من الأسهل للمرضى أن يروا الانحرافات المعرفية فى معتقداتهم الوسطية فى صورة افتراضات بدلاً من القواعد والاتجاهات، وهنا يستعمل المعالج أسلوب السهم الهابط ليؤكد معناها.

المعالج: يعنى أنت شايفة بقوة إنك لازم تعملى كل حاجة بنفسك (قاعدة)، وأنه من المرعب أنك تطلبى مساعدة من حد (اتجاه). إيه اللى يحصل لو أنت طلبت المساعدة فى عمل واجب مدرسى بدل ما تعمليه لوحدك؟

المريضة: ده معناه أنى غير كفء.

المعالج: قد إيه بتعتقدى فى الفكرة دى دلوقتى حالاً (إذا طلبت مساعدة فأنا غير كفء).

وهكذا، فإن التقييم لهذه الفرضية المشروطة من خلال الأسئلة أو طريقة أخرى يخلق تنافرًا كبيرًا أكثر من تقييم القاعدة أو الاتجاه. إنه لمن الأسهل لسالى أن تفهم خطأ تفكيرها (إذا طلبت مساعدة فأنا غير كفء) من القاعدة (لا ينبغى أن اطلب المساعدة).

معرفة مميزات المعتقدات وعيوبها:

إنه لمن المفيد للمريضة أن تختبر المميزات والعيوب لتبنيها اعتقاد معين، وعلى المعالج أن يجاهد فى التعليل من شأن المزايا والتضخيم من شأن العيوب (سبق وشرحنا عملية مشابهة لدراسة نفعية الأفكار التلقائية أو عدم نفعيتها فى الفصل الثامن ص.....).

المعالج: إيه ميزة الاعتقاد أنك لو ما عملتيش أفضل ما يمكن فمعناه أنك فاشلة؟

المريضة: ممكن ده يخلينى أشتغل أكثر.

المعالج: من الطريف أن نشوف يا ترى فعلاً أنت محتاجة للاعتقاد ده علشان تشتغلى أكثر. حنرجع تانى للفكرة دى بعدين.. فيه مزايا ثانية؟

المريضة: لا ما فكرتش فيه حاجة ثانية.

المعالج: وإيه العيوب اللى ممكن تكون من الاعتقاد إنك فاشلة لو ما عملتيش أفضل ما عندك؟

المريضة: أحس بالبؤس والحزن لو ما حلتش كويس قوى فى الامتحان.. وأحس بعصبية قبل أى تقديم لموضوع فى الفصل.. وما أقدرش أعمل أى حاجة ثانية بأحبها، أكرس كل وقتى للمذاكرة.

المعالج: ودا بيحرمك من أى متعة ثانية غير المذاكرة والتحضير؟

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: يعنى من ناحية، إنه ممكن آه وممكن ما تكونش دى الوسيلة الوحيدة اللى تخليكى تذاكرى كويس... ومن ناحية ثانية التفكير دا بيخليك معظم الوقت حزينة لو ما عملتيش كويس فى الامتحان وتكونى عصبية قبل التقديم، ويحرمك من متع ثانية كثيرة، ويمنعك من أنك تعملى أى حاجة ثانية غير المذاكرة؟ مضبوط.

المريضة: أيوه.

المعالج: يا ترى دى فكرة تحبى تغيريها؟

صياغة اعتقاد جديد:

لكى يقرر المعالج استعمال إيه وسيلة لتعديل اعتقاد معين، يصنع لنفسه بوضوح اعتقادًا أكثر تلاؤمًا: إنه يسأل نفسه (ما هو الاعتقاد الذى يمكن أن يكون أكثر نفعًا وفاعلية للمريضة؟). ويبين الشكل (١٠ -٥) أفكار ومعتقدات سالى الحالية والمعتقدات الجديدة التى تصورها المعالج فى ذهنه. وعلى الرغم من أن تكوين معتقد جديد هى عملية تعاونية، فإن المعالج عليه أن يصوغ مجموعة من المعتقدات المعقولة حتى يمكنه أن يختار الوسيلة المناسبة لتغير الاعتقاد القديم.

معتقد أكثر فاعلية	معتقد سالى
١. إذا لم أعمل جيدًا مثل الناس فأنا لست فاشلة. أنا مجرد إنسانة. ٢. إذا طلبت المساعدة حين أحتاجها فأنا أظهر مهارة فى حل المشكلة (وهذه علامة قوة) ٣. إذا فشلت فى العمل/ المدرسة فأنه ليس انعكاسا عن شخصيتى ككل (أن شخصيتى الكلية هى ما أنا كشخص – صديقة – ابنة – قريبة – مواطنة، عضوة فى المجتمع، صفاتى الطيبة إحساسى بالآخرين، حبى لمساعدة الناس) وكذلك الفشل ليس حالة مستديمة. ٤. لا ينبغى أن أجيد أى شئ إلا إذا كنت موهوبة فى هذا المجال وأكون مستعدة لتكريس الجهد والوقت على حساب أشياء أخرى. ٥. يجب أن أبذل جهدا معقولا معظم الوقت. ٦. إذا فعلت أقل من أفضل ما عندى فلقد أكون قد نجحت بنسبة ٧٠%، ٨٠%، ٩٠% وليس صفر%. ٧. إذا لم أعمل بجهد ومشقة طول الوقت، فإنه يمكن مع ذلك أن أحقق نجاحا معقولا وأحقق التوازن فى حياتى.	١. إذا لم أعمل جيدًا مثل بقية الناس فأنا فاشلة. ٢. إذا طلبت المساعدة فهذه علامة ضعف. ٣. إذا فشلت فى العمل / المدرسة فأنا شخص فاشل. ٤. ينبغى أن أكون قادرا على إجادة كل شيء أحاوله. ٥. يجب على أن أعمل بأقصى ما يمكن. ٦. إذا لم أحقق كل إمكانياتى فأنا فاشلة. ٧. إذا لم أعمل بجهد ومشقة طوال الوقت فأنا فاشلة.

(١٠-٥) صياغة معتقدات أكثر نفعًا

والخلاصة أنه قبل أن يحاول المعالج أن يعدل من اعتقاد ما لدى المريضة، فعليه أن يتأكد من أنه اعتقاد راسخ مركزى، وأن الصياغة التى فى

ذهنه هى أكثر فاعلية وأقل جمودًا منه ويكون ذات علاقة بالمعتقد الأصلى، غير أنه يعتقد أنه يجعل المريض أكثر اقتناعًا ورضّى. ولا يقحم المعالج اعتقاده إقحامًا فى ذهن المريض، ولكنه يقوده بطريقة تعاونية مستخدمًا الأسئلة السقراطية حتى يكون اعتقادًا بديلاً، وأنه يمكنه أيضًا أن يعلم المريضة عن طبيعة المعتقدات (أى أنها مجرد أفكار وليست بالضرورة حقائق، وأنها جاءت عن طريق التعلم ويمكن أن تتغير، وأنه يمكن تقييمها وتعديلها)، وكذلك عليه أن يساعد المريضة على تقدير المميزات والعيوب الناتجة عن التمسك باعتقاد معين.

تعديل المعتقدات:

فيما يلى مجموعة من الاستراتيجيات لتعديل المعتقدات الوسطية والجوهرية. (وسائل إضافية لتعديل المعتقدات الجوهرية توجد بالتفصيل فى الفصل القادم). وبعض المعتقدات قد تتغير بسهولة، ولكنها تحتاج إلى جهد مشترك على مدار فترة من الزمن. ويستمر المعالج فى الاستفسار عن مدى اعتقاد المريضة فى معتقد ما (٠- ١٠٠%) حتى يعرف إن كان يتطلب مزيدًا من العمل.

وليس فى الإمكان عادة ولا من الضرورى تخفيض درجة الاعتقاد إلى صفر % ولمعرفة أين تتوقف على اعتقاد أنها مسألة تقديرية. وبصفة عامة يعتبر اعتقاد ما قد ضعف بصورة كافية حينما تقر المريضة أنها تؤمن به بأقل من ٣٠% أو حينما تبدأ فى تعديل سلوكها السلبى على الرغم من وجود بقايا من المعتقد، وأنه لمن المستحب للمرضى أن يحتفظوا بخط أثرى من المعتقدات التى اكتشفوها فى كراستهم العلاجية، وأن الشكل العملى ينبغى أن يشمل المعتقدات العاطلة، والمعتقدات الجديدة الفعالة، وقوة كل اعتقاد معبر عنها بالنسبة المئوية كما فى المثال التالى:

اعتقاد قديم: إذا لم أحقق درجات عالية فأنا فاشلة (٥٥%).

اعتقاد جديد: أنا فعلاً أكون فاشلة إذا رسبت فى كل شيء (٨٠%).

وهناك واجب منزلى مثالى، وهو أن تقرأ المريضة وتعيد حساب اعتقادها يوميًا فى كل المعتقدات القديمة والجديدة.

وبعض الاستراتيجيات التى تستعمل لتعديل المعتقدات هــى نفســها التــى تستخدم لتعديل الأفكار التلقائية، ولكن توجد بعض الطرق الإضافية، وتشمل:

١. الأسئلة السقراطية.
٢. التجارب السلوكية.
٣. المتصل المعرفى.
٤. تبادل أدوار المنطقى – العاطفى.
٥. استخدام الآخرين كنقاط مرجعية.
٦. العمل (كما لو).
٧. كشف الذات.

الأسئلة السقراطية لتعديل الاعتقاد: Socratic questioning to modify beliefs

كما هو مبين فى الحوار التالي، يستعمل المعالج نفس نوع الأسئلة لاختبار معتقدات سالى، والتى استخدمها فى اختبار أفكارها التلقائية. وحتى عندما يتعــرف على اعتقاد عام فإنه يساعدها على أن تقيمه فى إطار مثال معين، وهذا التخصيص يساعد على أن يكون التقويم أكثر عيانية وذات معنى وأقل تجريدية وأكثر عقلانية.

المعالج: (ملخصًا لما تعلمناه من استخدام طريقة السهم الهابط) يعنى أنت بتعتقــدى بنسبة ٨٠% أنك لو طلبت مساعدة معناها أنك غير كفء صحيح؟

المريضة: نعم.

المعالج: ممكن تكون فيه طريقة ثانية للنظر فى الموضوع ده؟ معنى ثانى لطلــب المساعدة؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: خذى العلاج كمثال، يعنى انت مش كفء علشان طلبتى مساعدتى هنا؟

المريضة: شوية، ممكن.

المعالج: آه.. دا مهم بالنسبة لى علشان أنا شايف العكس تمامًا، أنا شايفة علامة القوة والثقة بالنفس أنك جيتى تطلبى العلاج؟ إيه اللى كان ممكن يحصل لو أنت ما جتيش للعلاج؟

المريضة: كان زمانى لسة بأشد اللحاف على راسى وما أروحش الدروس.

المعالج: تفتكرى أنك لما تطلبى المساعدة المطلوبة، لما تكونى مكتئبة أفضل ولاً تفضلى مكتئبة أفضل؟

المريضة: أيوة.

المعالج: خلينا نفترض أن فيه طالبتين مكتئبتين: واحدة طلبت العلاج، والثانية رفضت أى مساعدة علاجية بس فضلت مكتئبة، تفتكرى مين اللى أكثر كفاءة؟

المريضة: طبعًا اللى طلبت العلاج.

المعالج: إيه رأيك فى موقف ثانى أنت ذكرتيه - شغلك التطوعى - ثانى، عندنا طالبتين ودى أول سنة تدريبية لهم، ومش متأكدين حيدرسوا كويس ولا لأ لأن معندهمش خبرة، واحدة طلبت المساعدة والثانية لا لكنها ظلت تحاول، مين فى رأيك أكثر كفاءة؟

المريضة: (بتردد) اللى طلبت المساعدة.

المعالج: متأكدة؟

المريضة: (نفكر لحظة) طبعًا دى مش شطارة أن نحاول وبس لو فيه طريقة لطلب المساعدة ونكون أحسن.

المعالج: قد إيه بتعتقدى فى كدة؟

المريضة: كثير حوالى ٨٠%.

المعالج: ويا ترى الموقفين دول- العلاج – والتدريس ينطبقوا على حالتك؟

المريضة: أفتكر كدة.

المعالج: إيه رأيك تكتبى حاجة عن الكلام ده.. خلينا نسمى الفكرة الأولى (الاعتقاد القديم) ودلوقتى تقولى إيه على الفكرة دى؟

المريضة: إذا طلبت المساعدة فأنا غير كفء.

المعالج: خلينا نقول إنك اعتقدت بنسبة ٩٠% قبل كدة.. اكتبى ٩٠% جنبها.. ودلوقتى إيه درجة اعتقادك فى الفكرة دى؟

المريضة: أقل كثير. ممكن ٤٠% .

المعالج: كويس اكتبى ٤٠% جنب ال ٩٠%.

المريضة: (تفعل ذلك).

المعالج: دلوقت اكتبي.. الاعتقاد الجديد.

المريضة: إذا طلبت المساعدة فليس معنى هذا إن أنا غير كفء.

المعالج: ممكن تكتبى كدة.. أو إيه رأيك تكتبى (إذا طلبت المساعدة الضرورية فهذا دليل على كفاءتى)؟

المريضة: أيوة.. (تكتب ذلك).

المعالج: قد إيه درجة اعتقادك فى الاعتقاد الجديد دلوقت؟

المريضة: كثير (نقرأ ونتأمل الاعتقاد الجديد) ممكن ٧٠ إلى ٨٠% (نكتب ذلك).

المعالج: سالى إحنا هنرجع ثانى للمعتقدات دى بعدين، إيه رأيك فى الواجب تعملى

حاجتين؟ أولاً.. تقرأى الاعتقادات دى كل يوم وتقدرى قد إيه بتعتقدى فيهم، يعنى تكتبى النسبة جنب الاعتقادات نفسها.

المريضة: كويس.

المعالج: كتابة مقدار الاعتقاد هيخليكى تفكرى فيهم بجد، علشان كدة ما قلتش ليكى اقرأيهم وبس.

المريضة: ما شى (تكتب الواجب).

المعالج: ثانيًا: ممكن تشوفى أى موقف ثانى الأسبوع ده تكونى عاوزة مساعدة حد؟ وبعدين تخيلى نفسك مؤمنة بالاعتقاد الجديد ١٠٠%، وهو أن طلب المساعدة الضرورية هو علامة على الكفاءة، ولما تلاقى فيه أى موقف عاوزه فيه مساعدة تكتبى الكلام ده.

المريضة: ما شى.

فى المقطع السابق، يستخدم المعالج الأسئلة السقراطية، ليساعد سالى على التعرف على معتقد وسطى وتقييمه؛ فهو يرى أن الأسئلة المقننة عن فحص الدليل وتقييم النتيجة سوف يكون أقل فاعلية من جعل سالى تفكر فى (رؤية بديلة). إنها أسئلة أكثر تحريضية وأقل حيادية من عملية تقييم أفكار أكثر طواعية على مستوى الأفكار التلقائية. وإن سؤاله إياها بأن تفعل ذلك كواجب منزلى سوف يساعدها على الاستمرار فى التفكير بصفة يومية فى الافتراضات المعطلة والاعتقادات الجديدة.

التجارب السلوكية لفحص المعتقدات:

Behavioral Experiments to Test Beliefs:

وكما هو الحال فى تقييم الأفكار التلقائية يستطيع المعالج أن يساعد

المريضة على تصميم اختبار سلوكى لاختبار فاعلية المعتقد (انظر الفصل الثانى عشر ص.....). والتجارب السلوكية المصممة جيدًا يمكنها تعديل اعتقاد المريض أكثر من الطرق الشفهية فى مكتب المعالج.

المعالج: كويس يا سالي.. إحنا اتعرفنا على معتقد ثانى (إذا طلبت المساعدة فسوف يستهين بى الآخرين) وأنا فى الحقيقة ما قللتش من شأنك ولا استهنت بيكى.. صح؟

المريضة: لا. طبعًا ما حصلش. بس دى شغلتك إنك تساعد الناس.

المعالج: مظبوط، لكن هيكون مفيد جدًا إن نشوف ناس ثانية يا ترى زيى ولا لأ.. إزاى هنعرف يا ترى؟

المريضة: نطلب المساعدة من الناس ونشوف.. أفتكر كدة.

المعالج: مين اللى هتطلبى منه وأى نوع من المساعدة؟

المريضة: آآآ.. مش عارفة.

المعالج: إيه رأيك نعمل لستة للاحتمالات ؟ أنا الأول هابدأ باللستة يمكن ده يفكرك بحد ويحفز أفكارك؟ وبعد ما نكتب اللستة، تقدرى تقررى مين اللى هنجرب معاه الفكرة.

المريضة: كويس.

المعالج: ممكن تطلبى من زميلتك فى السكن.

المريضة: أيوه.. فى الحقيقة أنا فعلاً عملت كده، وممكن أطلب من مسئولة السكن بعض المساعدات.

المعالج: إيه رأيك فى المسئول الأكاديمى؟

المريضة: آه.. آه.. أنا ممكن أطلب من أخويا، لا لا أنا مش هاطلب من زميلتى

فى السكن أو أخويا علشان أنا عارفة أنهم مش هيحتقرونى.

المعالج: آه.. يعنى عارفة أن فيه بعض الاستثناءات؟

المريضة: نعم.. لكن بيتهيألي.. أروح لمسئولة السكن.. ما أعرفش! وبالنسبة للمسئول الأكاديمى الحقيقة هاحس أنى مضحكة لو رحت له. أنا الحقيقة مش عارفة أنا هاتخصص فى إيه.

المعالج: جميل.. دى هتكون تجربة لطيفة، ممكن تروحى له وتسأليه أن يساعدك فى اختيار التخصص لأن دى شغلته.

المريضة: حقيقى.

المعالج: يعنى كده هنضرب عصفورين بحجر واحد: اختبار الاعتقاد (بأن طلب المساعدة بجعل الآخرين يقللون من شأني) وكمان يساعدك على اختيار تخصصك.. إيه رأيك؟

المريضة: بيتهيالى أقدر.

المعالج: جميل... يعنى أنت تحبى تشوفى الاعتقاد (إذا طلبت المساعدة من أحد فسوف يحتقرنى) هتقدرى تختبرى الاعتقاد إزاى الأسبوع ده؟

فى الفقرة السابقة، يقترح المعالج تجربة عملية لاختبار اعتقاد ما، وحينما يستشعر ترددًا من جانب المريضة فإنه من المحتمل أن يسألها عن مدى استعدادها لذلك وأى نوع من التجارب يمكن أن تجربها، وما هى المشاكل العملية التى تقف فى طريقها، ويمكنه أن يجعلها تعيدها بطريقة خفية (انظر الفصل الرابع عشر) لكى يزيد من احتمالات الاستمرارية. وإذا رأى المعالج أن هناك إمكانية للتقليل من شأنها من قبل الآخرين فإنه يسألها عن معنى ذلك بالنسبة لها، وكيف يمكن أن تتكيف إذا حدث ذلك. ويمكنه أيضا أن يسأل سالى أن تصف له هذا التقليل من شأنها أو الاستهانة حتى يتأكد أن سالى ربما تفهم الآخرين بطريقة ليست دقيقة،

فيمكن أن تفسر أى تصرف كأنه احتقار لها بينما لا يكون الأمر كذلك.

المتصل المعرفى لتعديل السلوك:

Cognitive Continuum to Modify Beliefs:

ويستخدم هذا تكنيك لتعديل كل من الأفكار التلقائية والمعتقدات، والتى تعكس التفكير الإستقطابى (أى حينما يرى المريض الأمور بمقياس الكل أو لا شيء) فسالى تعتقد - على سبيل المثال - أنها إن لم تكن طالبة متفوقة فوق العادة، فإنها تكون فاشلة. وبناء متصل معرفى لهذا المفهوم بسؤال يسهل تعرف المريضة على المنطقة الوسطى كما يوضح الحوار التالى:

المعالج: كويس... أنت بتعتقدى بقوة أنك لو مكنتيش طالبة متفوقة فأنت فاشلة، خلينا نشوف ده شكله إيه على الرسم (يرسم خطًا مستقيمًا)

رسم تخطيطى أولى للنجاح

صفر% نجاح	٩٠%	١٠٠% نجاح
سالى		طالب متفوق

المعالج: دلوقت الطالب المتفوق حيروح فين؟

المريضة: هنا، اتهيأ لى ٩٠- ١٠٠%.

المعالج: كويس.. وأنت فاشلة.. يعنى أننى صفر % نجاح؟!

المريضة: أفتكر كدة.

المعالج: يعنى بتقولى إن ٩٠% فأقل يساوى فشل؟

المريضة: ممكن لا.

المعالج: كويس.. إمتى يبدأ الفشل؟

المريضة: حوالى ٥٠% أفتكر.

المعالج: ٥٠% ، يعنى أى حد أقل من ٥٠% هو فاشل.

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: دلوقت، فيه أى حد ثانى يكون أكثر واقعية ينتمى إلى صفر % أكثر منك؟

المريضة: ممكن يكون جاك اللى فى فصل الاقتصاد بتاعى. أعرف أنـــه أضـــعف منى بكثير.

المعالج: كويس.. حطى جاك فى نقطة صفر % ، لكن نفسى أعرف إن كان فيـــه أى حد أسوأ من جاك؟

المريضة: محتمل.

المعالج: يعنى مفهوم أن فيه حد بيرسب فى كل امتحان، وده يخلينا نحط جاك فين؟ ويخلينا نحطك فين؟

المريضة: ممكن جاك يكون عند النقطة ٣٠% ، وأنا عند ٥٠%.

المعالج: دلوقت إيه رأيك فى شخص بيفشل فى كل حاجة ، وعمره ما رفع إيده فى الفصل أو يقرأ أى حاجة أو يحاول فى أى ورقة بحث.

المريضة: أفتكر دا لازم يكون فى نقطة الصفر %.

المعالج: وده يخلينا فين نحط الطالب اللى بيحاول لكن ما ينجحش؟

المريضة: ممكن نحطه فى ١٠ %.

المعالج: وده يخلينا نحطك فين أنت وجاك؟

المريضة: جاك ممكن يطلع لنقطة ال ٥٠% وأنا عند ٧٥ %.

رسم مراجعة النجاح والفشل

%٠	%١٠	%٥٠	%٧٥	%٩٠ – %١٠٠
طالب لا يعمل شيئًا	طالب يحاول ولكنه يرسب	جاك	سالى	طالب متفوق جدا

المعالج: إيه رأيك تشوفى كواجب منزلى إذا كانت حتى ال ٧٥% دى دقيقة؟ وحتى لو كان ده بالنسبة للمدرسة دى، ربما للمدارس والطلبة على العموم، أنت ممكن تكونى على مستوى أعلى من كده، وعلى أى حال إيه رأيك فى اللى بيسمى فشل على مستوى طالبة ٧٥%؟

المريضة: مش صح.

المعالج: ممكن على أسوأ الفروض تقولى أنا ناجحة بنسبة ٧٥%.

المريضة: أيوة.. (تبتهج بوضوح)

المعالج: كويس.. علشان نرجع ثانى لفكرتك الأصلية، بتعتقدى دلوقت أنك لو ما كنتيش متفوقة فأنت فاشلة؟

المريضة: مش كثير زى الأول، ممكن ٢٥%.

المعالج: جميل.

إن طريقة المتصل المعرفى غالبًا ما تكون نافعة إذا كانت المريضة تتبنى النمط الفكرى الاستقطابى. وكما فى كل الوسائل، يمكن للمعالج أن يعلم المريضة أن تستخدمها بنفسها، حتى يمكن استخدامها عند اللزوم.

المعالج: سالي... خلينا نراجع اللى عملناه هنا، إحنا عملنا خط رقمى علشان نشوف هو صحيح فيه حاجتين بس النجاح والفشل، ولاَّ من الأفضل أن إحنا نحط درجات للنجاح ممكن تفكرى فى أى حاجة ثانية أنت تعتقدى أنها بس أبيض وأسود تكون شغلاكى؟

لعب دور المنطقى – العاطفى Rational-Emotional Role Play:

وتسمى هذه الطريقة أيضًا النقطــة والنقطــة المقابلــة (Young, 1990)، وتستخدم هذه الطريقة بعد أن يكون المعالج قد حاول بطرق أخرى كالتى ذكــرت آنفًا فى هذا الفصل. إنه مفيد بصفة خاصة حينما تقول المريضة إنها عقليًا يمكنهــا أن ترى هذا الاعتقاد معطلاً ولكنها شعوريًا مازالت تحس به، ويقدم المعــالج أولاً تبريرًا لكى يطلب من المريضة أن تلعب دور الجزء العاطفى فى عقلهــا، والــذى يصادق بقوة على المعتقد الخاطئ، بينما هو -أى المعــالج- يلعــب دور الجــزء المنطقى العقلانى. وفى الجزء الثانى يتبادلان الأدوار. لاحظ أنه فى كلا الجــزءين يتكلم كل من المعالج والمريضة كأنهما المريضة؛ أى أن كليهما يستخدم الضــمير (أنا).

المعالج: واضح من كلامك إنك لسة بتعتقدى إنك مش كفء لأنــك معملتــيش زى السنة اللى فاتت أو زى ما أنت عاوزة.

المريضة: أيوه

المعالج: أنا عاوز أفهم الدليل اللى أنت بتعتقدى إنه يؤيد اعتقادك؟

المريضة: ما شى.

المعالج: اللى عاوز أعمله أن إحنا نمثل أدوار. أنا حالعب الجزء المنطقى فى عقلك اللى بيقول مش معنى أنك ما حصلتيش على(As) فى كل المواد أنك مــش شاطرة، وأنا عاوزك تلعبى الجزء العاطفى فى عقلــك، الصــوت اللــى جواكى وبيقولك إنك غير كفء. وعاوزك تجادلينى بــأكثر مــا يمكنــك، علشان أقدر أشوف إيه اللى مثبت الاعتقاد عندك، ماشى؟

المريضة: ماشى.

المعالج: كويس.. ابدئى، قولي، أنا غير كفء علشان ما جبتش (As) في كل المواد

المريضة: أنا مش كفء علشان ما جبتش (As) فى كل المواد.

المعالج: لا.. أنا مش وحشة، أنا عندى اعتقاد أنى غير كفء، لكن أنا كفء معظم الوقت.

المريضة: لا.. أنا مش كفء، أنا لو كنت كفء (شاطرة) فعلاً كنت جبت (A) فى كل المواد. فى الفصل الأخير.

المعالج: دة. مش حقيقى، الكفاءة مش معناها الكمال الأكاديمى. إذا كان ده صحيح يبقى ١% فقط من الطلبة أكفاء، والباقى كله خايب.

المريضة: أنا جبت (C) فى الكيمياء وده معناه أنى خايبة.

المعالج: وده كمان مش صح، لو أنا رسبت فى الفصل ده كنت أقول أنا خايبة. أنا إن كنت راسبة فى الكيمياء مش معناه أنى خايبة فى كل حاجة وحتى في الكيمياء أنا رسبت علشان كنت مكتئبة وما كنتش مذاكرة كويس علشان ما كنتش أقدر أركز.

المريضة: لكن الشخص الكفء عمره ما يكون مكتئب.

المعالج: فى الحقيقة.. أكثر الناس كفاءة ممكن يكتئبوا، ما فيش علاقة، ولما يصابوا بالاكتئاب، أكيد تركيزهم بيقل، وشغلهم كمان بيتأثر، وده مش معناه أنهم غير كفء.

المريضة: ممكن الكلام صح، هم بس مكتئبين.

المعالج: أنت صح، لكن أنت -خارج الدور- عندك دليل ثانى أنك غير كفء.

المريضة: لا... بيتهألى لا.

المعالج: إيه رأيك نتبادل الأدوار دلوقت، والمرة دى تلعبى أنـــت دور (المنطقـــي) اللى هيحاول ينقد دورى (العاطفى)؟ وحنستخدم نفس الحوار.

المريضة: ما شى.

المعالج: أنا هابدأ: أنا غير كفء علشان ما جبتش كله (As).

إن تبادل الأدوار يعطى المريضة الفرصة لكى تدعم الجدل المنطقى الذى صوره المعالج للتو، ويستخدم المعالج المنطق العـــاطفى نفســه الـــذى اســتخدمته المريضة، بل يحاول أيضًا أن يستخدم الألفاظ نفسها؛ فباستخدام ألفـــاظ المريضـــة نفسها وعدم إقحام أية مواد جديدة سوف يساعد المريضة لكى تستجيب بدقـــة لمـــا يعنيها.

وإذا لم تستطع المريضة أن تظهر استجابة ملائمة بينما هى تلعب الـــدور المنطقى، يمكن لهما أن يتبادلا الأدوار مؤقتًا، أو يوقف اللعبـــة، ويناقشـــا أســـباب التعثر. وكما هو الحال فى كل وسائل تعديل المعتقدات يقيم المعالج فاعلية الطريقة ودرجة احتياج المريضة لبذل مزيد من العمل فى هذا المعتقد، ويمكنه أن يعـــرف ذلك بسؤال المريضة عن درجة اعتقادها بعد هذا التكنيك. ويجد معظم المرضى أن هذه الطريقة نافعة، وقليل منهم لا يشعر بارتياح إزاء هذه الطريقة. وكما هو الحال مع أى تكنيك فإن قرار استعماله ينبغى أن يكون بالتعاون بين المعالج والمريضـــة. ولأن هذا التكنيك يعتمد أساسًا على الجدل أكثر من بقية الطرق، فإن على المعـــالج أن يتوخى الحذر لئلا تعتبر المريضة ذلك تحديًا، وعليه أن يلاحظ انفعالاتها غيـــر اللفظية خلال لعب الأدوار، وعليه كذلك أن يتأكد أن المريضة لا تشعر بأنها منتقدة لأنه يعلى من شأن المنطقى على العاطفى.

استخدام الآخرين كنقاط مرجعية فى تعديل الاعتقاد

Using Other People as Reference Point in Belief Modification

حينما يفكر المرضى فى معتقدات الآخرين فإنهم يتباعـــدون نفســـيًا عـــن

معتقداتهم، وحينئذ يبدأون برؤية التناقض بين ما يرونه صحيحًا أو حقيقيًا في أنفسهم وبين ما يرونه أكثر موضوعية فى الآخرين ومما يلى أربعة أمثلة لاستخدام الآخرين كنقاط مرجعية للوصول إلى هذا التباعد.

المثال الأول:

المعالج: سالى، أنت قلت الأسبوع اللى فات، أنك بتعتقدى إن بنت عمك إميلى لها اعتقاد مختلف عن عمل كل شيء كامل.

المريضة: أيوه.

المعالج: ممكن تقولى رأيك فى اعتقادها ده فى كلمات؟

المريضة: هى بتعتقد أنها مش لازم تعمل كل حاجة كاملة مية في المية. هي بصراحة راضية عن نفسها مهما كانت الظروف.

المعالج: تفتكرى هى صح ؟ إنها مش لازم تعمل الحاجة كاملة علشان ترضى عن نفسها؟

المريضة: آه. نعم.

المعالج: تفتكرى أنها غير كفء تمامًا.

المريضة: لا.. ممكن تكون ما بتجيبش درجات عالية، لكنها بالتأكيد كفء.

المعالج: مش عارف هل ممكن (اعتقاد) إميلى ينطبق عليكى (إذا لم أفعل كل شيء عظيمًا فأنا مازلت شخصًا كفئًا)

المريضة: آه.. أه.

المعالج: فيه حاجة ثانية تخلى إميلى شخصية كويسة وكفء حتى لو عملت نص نص والحاجة دى مش عندك؟

المريضة: (نفكر لحظة) لا، ما أفتكرش، أنا الحقيقة ما فكرتش فيها قبل كدة.

المعالج: قد إيه أنت بتعتقدى فى الاعتقاد الجديد (إذا لم أفعل كل شيء كاملاً، فأنا ما زلت كفئًا)

المريضة: أكثر من الأول يمكن ٧٠%.

المعالج: إيه رأيك تكتبى الاعتقاد الجديد؟ وابدأى اكتبى الدلائل اللى تؤيد هذا الاعتقاد.

عند هذه النقطة، يمكن للمعالج أن يقدم استمارة المعتقد الجوهرى (يوصف فى الفصل الحادى عشر)، والذى يمكن أن يستخدم لكل من المعتقدات الجوهرية والوسطية.

المثال الثانى:

ثمة طريقة أخرى لمساعدة المريضة على تعديل اعتقاد جوهرى أو وسطى هو جعلها تعرف شخصًا آخر يؤمن تقريبًا بنفس الاعتقاد المعطل الذى تتبناه هى.

وفى بعض الأحيان يمكن للمريضة أن ترى الخلل فى معتقدات الآخرين وتطبق هذا الاستبصار على نفسها، وهذا التكنيك مشابه لسؤال سجل الأفكار التلقائية (السات) (إذا صديق كان فى هذا الموقف وله نفس الفكرة فماذا نقول له أو لها؟).

المعالج: هل تعرفى حد ثانى له تقريبًا نفس الاعتقاد ده (إذا لم أعمل بجهد شديد فسوف أفشل)؟

المريضة: أنا متأكدة أن صديقتى دونا من المدرسة العليا ممكن تكون كدة لأنها بتذاكر ليل ونهار.

المعالج: قد إيه أنت متأكدة أن عندها نفس الاعتقاد؟

المريضة: أوه.. على الإطلاق.. دى ذكية جدًا، يعنى ممكن ما تفشلش حتى لو حاولت.

المعالج: هل من الممكن أنها بتعتبر أى حاجة أقل من (A) هو فشل؟

المريضة: أيوه.. أنا أعرف عنها كدة.

المعالج: وأنت موافقة معاها أنها لو جابت (B) تبقى فاشلة؟

المريضة: لا.. بالطبع لا.

المعالج: وإزاى أنت شايفة الكلام ده؟

المريضة: إذا جابت (B) فهى درجة كويسة، مش أحسن حاجة بس مش فشل.

المعالج: إيه الاعتقاد اللى تحبى إنها تتبناه؟

المريضة: إنه كويس قوى أنك تشتغلى جامد وتحاولى تجيبى (A)، لكنها مش نهاية العالم لو ما جبتيش، وده مش معناه أنك فاشلة.

المعالج: وإزاى الكلام ممكن ينطبق عليكي؟

المريضة: أم م م.. أفتكر كله ينطبق علىَّ هو نفسه.

المعالج: ممكن تقولى إيه هو اللى نفسه؟

المريضة: أنه إذا ما جبتش فى كل حاجة (A) مش معناها أنى فشلت، وما زلت أعتقد أن لازم أذاكر كويس.

المعالج: كويس.. بالتأكيد جميل أن تحبى تشتغلى جامد وبإخلاص المشكلة فى جزئية (إنك لو مكنتيش كاملة مية فى المية فأنت فاشلة).

المثال الثالث:

ويمكن للمعالج أيضًا أن يلعب دورًا مع المريضة، وفيه يسألها أن تقنع شخصًا آخر يؤمن بنفس الاعتقاد أنه غير فعال بالنسبة للشخص الآخر.

المعالج: سالي.. أنت قلتى إن زميلتك فى السكن برضه مش عاوزة تروح للأستاذ وتطلب المساعدة ليفتكر إنها خايبة ومش مستعدة؟

المريضة: نعم.

المعالج: هل أنت متفقة معاها فى كدة؟

المريضة: لا.. ممكن تكون غلطانة، حتى هو لو انتقدها، مش معناها أنه صح؟

المعالج: ممكن نحاول نمثل الحكاية دى؟ أنا هلعب دور زميلتك وأنت حاولى تقنعينى أنى أتخلى عن الاعتقاد الخاطئ ده.

المريضة: ما شى.

المعالج: أنا هابدأ. سالى أنا مش فاهمة الدرس ده. يا ترى أعمل إيه؟

المريضة: روحى للأستاذ.

المعالج: لا.. ما أقدرش أعمل كده. هيفتكر أنى بليدة، وحيفتكر أنى باضيع وقته.

المريضة: إيه.. دى شغلته أنه يساعد الطلبة.

المعالج: لكن ممكن ما يحبش الطلبة يضايقوه.

المريضة: نعم.. ما دا اللى بياخذ مرتب عليه، الأساتذة الكويسين يحبوا يساعدوا الطلبة، لو هو مش بيحب كده. معناه أنه العيب فيه مش فيكى.

المعالج: حتى لو ما عندوش مانع يساعدني، هيعرف أنى ملخبطة.

المريضة: كويس.. طبعًا هو مش متوقع إنك عارفة كل حاجة وإلا ما كنتيش رحتى له.

المعالج: ولو افتكر أنى بليدة؟

المريضة: أولاً.. لو أنت غبية ما كنتيش هتبقى هنا من أصله؟ وثانيًا لو هو فاكر إنك عارفة كل حاجة يبقى غلطان، ماكانش لازم تحضرى الكورس بتاعه خالص.

المعالج: لسه بأفكر أن مش لازم أروح.

المريضة: لا. لازم تروحى، أوعى تخلى موقفه المتغطرس ده يخليكى فاكره أنك بتفرضى نفسك أو أنك غبية، أنت مش كده خالص.

المعالج: كويس.. أنا اقتنعت- بره الدور-.. قد إيه الكلام اللى قولتيه لصاحبتك ده بينطبق عليكي؟

المثال الرابع:

بعض المرضى يمكن لهم الابتعاد عن أفكارهم ومعتقداتهم باستخدام أطفالهم كنقاط مرجعية أو يتخيلون أن لهم أطفالاً.

المعالج: سالى.. أنت بتعتقدى ٨٠% أنك لو ما شتغلتيش أحسن من أى حد ثانى فأنت فاشلة؟

المريضة: أيوة.

المعالج: ممكن تتخيلى إن عندك إبنه؟ هى عمرها ١٠ سنوات وفى الصف الخامس، مرة رجعت البيت متضايقة جدا جدا علشان واحدة صاحبتها جابت (A) وهى جابت(C). هل عاوزاها تفتكر أنها فاشلة؟

المريضة: لأ.. طبعًا لأ.

المعالج: ليه لأ ..عاوزاها تفكر إزاى ؟ (المريضة تستجيب) قد إيه اللى أنت قلتيه دلوقت ينطبق عليكى؟

العمل بقاعدة (كما لو) Acting as if :

إن التغيير فى الاعتقاد غالبًا ما يصاحبه تغيير فى السلوك. والتغيير فى السلوك بدوره يؤدى إلى تغيير الاعتقاد. وإذا كان الاعتقاد ضعيفًا فإن المريضة يمكنها أن تغير سلوكًا ما بسهولة وبدون تدخل علاجى معرفى، ولكن كثيرًا من المعتقدات تتطلب تعديلاً قبل أن تستطيع المريضة أن تتغير سلوكيًا، إلا أنه فى معظم الأحيان فإن الأمر يتطلب فقط بعض التعديل فى الاعتقاد وليس تغييرًا شاملا. وحالما تبدأ المريضة فى تغيير سلوكها تصبح المعتقدات نفسها ضعيفة (مما يجعل الاستمرار فى التغيير أكثر سهولة، وهذا بدوره يضعف الاعتقاد... وهلم جرا).

المعالج: سالى.. قد إيه بتعتقدى دلوقت.. أنك لو طلبتى المساعدة فدى علامة ضعف.

المريضة: مش كثير زى الأول.. ممكن ٥٠%.

المعالج: ده تخفيض كويس.. ممكن يكون مفيد لك أنك تتصرفى كما لو كان معندكيش الاعتقاد ده؟

المريضة: مش فاهمة تقصد إيه؟

المعالج: لو كنت لا تعتقدى أن دى علامة ضعف أو لو كنت تعتقدى أنه أفضل أنك تطلبى المساعدة، يا ترى ممكن تعملى إيه الأسبوع ده؟

المريضة: إحنا كنا بنتكلم عن اللجوء لمساعدة الأستاذ، حقيقى لو أنا بأعتقد أنه من الأفضل طلب المساعدة يبقى أنا هاروح له.

المعالج: فى حاجة ثانية؟

المريضة: أنا يمكن أحاول أشوف مدرس للاقتصاد.. وممكن أستلف مذكرات من الطالب اللى تحت.

المعالج: كويس.. كويس خالص. وإيه النتائج الإيجابية اللى ممكن تحصل لو نفذت الكلام ده؟

المريضة: (تضحك) ممكن أحصل على المساعدة اللى عاوزاها.

المعالج: ممكن تتصرفى الأسبوع ده، كما لو كنت معتقدة (أنه من الأفضل أنك تطلبى المساعدة)؟

المريضة: ممكن.

المعالج: فى دقيقة، هنحاول نشوف إيه الأفكار اللى ممكن تقابلك، لكن الأول ممكن تدونى الكلام ده، وعاوزك تكتبى الطريقة علشان تستمرى؟ اتصرفى كما لو كنت بتعتقدى الاعتقاد الجديد، حتى لو ماكنتيش مقتنعة تماماً.

تنطبق هذه الطريقة بنفس القدر على المعتقدات الجوهرية كما هو الحال فى التكتيكات أو الطرق السابقة.

استخدام كشف الذات لتعديل المعتقدات

Using Self Disclosure to Modify Beliefs

إن الكشف المناسب والحكيم عن ذات المعالج يمكن أن يساعد بعض المرضى أن يروا مشاكلهم ومعتقداتهم بطريقة مختلفة، وينبغى أن يكون كشف الذات حقيقيًا وذات دلالة.

المعالج: أنت عارفة يا سالى، لما كنت فى الجامعة، كان عندى برضه مشكلة شوية إنى أروح للأستاذ أطلب مساعدة علشان ما يكتشفش جهلى وأقولك بصراحة أنا رحت كم مرة، وفى كل مرة كنت باطلع بنتائج مختلفة. ساعات كان الأساتذة ممتازين ولطاف، ومرة أو مرتين فاكر رحت لأستاذ وكان فظ وغلس، يومها قالى، اقرأ الفصل ثانى. النقطة إنه مش معنى إنى مش فاهم درس إنى غير كفء، والأساتذة الغلسين فى الحقيقة يكون العيب

فيهم مش فيه، إيه رأيك؟

والخلاصة أن المعالج يساعد المريضة على التعـرف علـى المعتقـدات الوسطية، وذلك حين يظهر الاعتقاد كفكرة تلقائية، أو بتقديم جزء من افتـراض أو بالاستعلام المباشر عن قاعدة أو اتجاه لدى المريضة، أو استخدام طريقـة السـهم الهابط أو النظر إلى تيمات مشتركة بين أفكار المريضة التلقائية أو بملء اسـتبيان عن المعتقدات بواسطة المريضة، ثم يقرر المعالج بعد ذلك أهميـة هـذا الاعتقـاد بالسؤال عن شدة اعتقاد المريضة به ومدى تأثيره على مشاعرها وسـلوكها، ثـم يقرر بعد ذلك إن كان عليه أن يبدأ مهمة تعديل هذا الاعتقاد فى نفس الجلسة أو فى جلسة قادمة. وعند البدء فى عملية تعديل السلوك، يعلم المعـالج مريضـته عـن المعتقدات وتغير القواعد والاتجاهات إلى افتراضات واكتشاف الميزات والعيـوب لاعتقاد ما، ثم يصوغ اعتقادًا جديدًا صياغة عقلية، ثم يقود المريضـة فـى اتجـاه الاعتقاد الجديد مستخدمًا كل وسائل تعديل الاعتقاد، والتى تشمل الأسئلة السقراطية والتجارب السلوكية، والمتصل المعرفـي، ولعـب الأدوار العـاطفى- المنطقـى واستخدام الآخرين كنقاط مرجعية، والعمل ب "كما لو" وكشـف الـذات. وهـذه الوسائل غالبًا ما تكون أكثر تحريضًا من الأسئلة السقراطية المستخدمة مع الأفكار التلقائية؛ لأن المعتقدات تكون أكثر رسوخًا، وهذه الوسائل كلها يمكن أن تسـتخدم مع المعتقدات الجوهرية.

الفصل الحادى عشر

المعتقدات الجوهرية

إن المعتقدات الجوهرية -كما ورد فى الفصل الثاني- هى أكثر أفكار الإنسان مركزية عن النفس. ويشير بعض علماء النفس إليها بالمخططات (أو المنظومات المعرفية) SCHEMAS، ويفرق بيك (Beck, 1964) بين الاثنين بأن المخططات هى تركيبات معرفية فى عقل الإنسان، وأن محتويات هذه التركيبات هى المعتقدات الجوهرية، ويرى بيك أن المعتقدات الجوهرية السلبية تنقسم إلى مجموعتين كبيرتين: الأولى ترتبط بالإحساس بالعجز helplessness، والثانية ترتبط بالإحساس بعدم الحبUnlovability، ويتبنى بعض المرضى معتقدات جوهرية تنتمى إلى إحدى هاتين المجموعتين أو كليهما.

وتنشأ هذه المعتقدات فى الطفولة؛ حيث يتفاعل الطفل مع الآخرين فى حياته، ويواجه مواقف مختلفة، ويتبنى معظم الناس - فى أغلب أوقات حياتهم - معتقدات جوهرية إيجابية إلى حد ما (مثل: أنا أستطيع التحكم فى حياتى بصفة عامة، أستطيع أن أنجز معظم الأشياء بكفاءة، أنا إنسان فعال، أنا جدير بالحب، أنا ذو قيمة)، وتطفو المعتقدات الجوهرية السلبية على السطح فى أوقات الأزمات النفسية (بعض مرضى اضطرابات الشخصية يمكن أن يكون لديهم معتقدات سلبية ناشطة طوال الوقت).

وبعكس الأفكار التلقائية غالبًا ما تكون المعتقدات الجوهرية خفية عن المرضى أو عصية عن النطق بها حتى يأتى المعالج ليقشر الطبقات واحدة بعد الأخرى بأسئلته المتواصلة عن معنى أفكار المرضى كما فى تكنيك السهم الهابط الذى سبق ذكره، وأنه من المهم أن نلاحظ أن المرضى يمكن أيضًا أن تكون لديهم أفكار سلبية عن الناس الآخرين وعن العالم من حولهم (الناس الآخرون لا يمكن الثقة بهم، الآخرون قد يؤذوننى، إن هذا العالم مكان عفن، وإن هذه الأفكار المعممة الثابتة تحتاج إلى تقييم وتعديل بالإضافة إلى المعتقدات الجوهرية عن النفس).

ولقد كانت سالى – كما ذكر سابقًا – تنظر إلى نفسها نظرة إيجابية؛ فهى كفء ومحبوبة فى معظم الأوقات، ولم يظهر الاعتقاد المتوارى (أنا غير كفء) إلا حينما أصيبت بالاكتئاب، فأصبح الاعتقاد نشطًا. ولقد قرر معالجها أن يعملا معًا لتعديل هذا الاعتقاد الجوهري، ليس فقط للتخفيف من كآبتها، وإنما ليمنع أو يقلل من حدة النوبات المستقبلية.

إن المعتقدات السلبية عادة ما تكون عامة وشاملة ومطلقة. وحينما ينشط المعتقد الجوهرى فإن من السهل على المريضة أن تفعل المعلومات التى تدعمه، وغالبًا ما تفشل فى التعرف على المعلومات المضادة له أو تقدرها. وفى الأساس كانت سالى دومًا تنظر إلى نفسها بمنظور واقعى إيجابى متوازن حتى أصيبت بالاكتئاب. فأصبح لديها الاعتقاد الكامل تقريبًا بأنها غير كفء. وأى دليل على عكس ذلك مثل أدائها الممتاز فى بعض المواد قد تجاهلته أو قللت من شأنه (أن أحصل على درجات عالية فى اللغة الإنجليزية لا يعنى أننى كفء، لكن لأن الامتحان كان سهلاً فقط)، ولكن الدليل الذى يدعم اعتقادها كان يستقبل بسهولة ثم يعمم (حصولى على (C) فى الاقتصاد يظهر كم أنا ضعيفة وفاشلة).

وكما تم التأكيد عليه فى هذا الكتاب، فإن المعالج يبدأ فى وضع تصور أو تكوين مفهوم Conceptualization من البداية يشمل المعتقدات الجوهرية. إنه يفعل ذلك عقليًا فى البداية أو يكتبه فى أوراقه الخاصة. وبعد ذلك، وعند نقطة معينة فى مسيرة العلاج يشرك المريضة فى هذا التصور متوقعًا أبداء رأيها، وإذا ما كان ذلك التصور يبدو حقيقيًا بالنسبة لها.

ولكى يقرر المعالج متى وإلى أى مدى يشرك المريضة فى تصوره فذلك يرجع إلى عدة اعتبارات مثل قوة التحالف العلاجى بينهما، ومدى إيمان المريضة بالنموذج المعرفى والعلاج المعرفي، ومدى نشاط الاعتقاد الجوهرى فى أثناء الجلسات، وما هو حجم الاستبصار بحالتها، ومدى عيانية (حرفية) تفكيرها، أو هكذا يبدأ محاولة تعديل المعتقدات الجوهرية.

إن المعالج بصفة عامة يعلم مرضاه أدوات التعرف على الأفكار التلقائية وتقييمها، وكذلك المعتقدات الوسطية قبل أن يستخدم الأدوات نفسها فى تعديل المعتقدات الجوهرية.

وفى بعض الأحيان يحاول المعالج والمريضة - بلا قصد - تقييم اعتقاد جوهرى فى مراحل مبكرة من العلاج؛ لأن الاعتقاد الجوهرى قد ظهر فى صورة فكرة تلقائية. وهذا التقييم غالبًا ما يكون ذا تأثير بسيط، وفى أحيان أخرى يحاول المعالج عن قصد اختبار قابلية معتقد جوهرى للتعديل حتى قبل أن يكون قد اشتغل بما فيه الكفاية على الأفكار التلقائية والمعتقدات الوسطية.

ودرجة الصعوبة فى التعرف على المعتقدات الجوهرية وتعديلها يختلف بالطبع من مريض إلى آخر. وبصفة عامة، فإن المرضى الذين يعانون من ضغوط عاطفية شديدة يكونون أكثر قدرة على التعبير عن معتقداتهم الجوهرية (لأن المعتقدات تنشط فى أثناء الجلسات). وكذلك فإنه لمن السهل عامة تعديل الأفكار الجوهرية السلبية عند المرضى المشخصين على المحور (١) فى دليل التشخيص الأمريكى للاضطرابات النفسية Axis I، والذين كانت اعتقاداتهم الإيجابية المضادة موجودة وفاعلة فى فترات كثيرة من حياتهم. على عكس مرضى الاضطرابات الشخصية (AxisII)، حيث يكون تعديل معتقداتهم السلبية أكثر صعوبة (Beck et al, 1990, Young,1990)، وذلك لأنهم لا يملكون إلا القليل من المعتقدات الإيجابية، ولديهم الكثير من المعتقدات السلبية المرتبطة بعضها ببعض، يعضد بعضها بعضًا مثل الشبكة.

وللتعرف على المعتقدات الجوهرية وتعديلها، فعلى المعالج أن يتبع الخطوات التالية فى أثناء مسيرة العلاج (وسوف نشرح كل خطوة بالتفصيل فى هذا الفصل).

١. يفترض عقليًا فئة المعتقدات الجوهرية (العجز أو عدم الإحساس بالحب) التى نشأت عنها الأفكار التلقائية.

٢. يحدد المعتقدات الجوهرية (بينه وبين نفسه) مستخدمًا نفس الطرق المستخدمة فى التعرف على المعتقدات الوسطية.

٣. يقدم نظريته أو فرضيته عن الاعتقاد أو المعتقدات الجوهرية للمريضة سائلاً إياها التصديق أو عدم التصديق عليها، ثم ينقح نظريته عندما تقوم المريضة بتقديم معلومات إضافية عن حياتها الحاضرة، ومواقف مرت بها فى الطفولة وردود فعلها تجاهها.

٤. تعليم المريضة عن المعتقدات الجوهرية عمومًا وعن معتقداتها بشكل خاص مساعدا أياها على رصد معتقداتها الجوهرية فى الوقت الحالي.

٥. يبدأ فى تقييم المعتقدات الجوهرية ومحاولة تعديلها مع المريضة، ثم يساعدها فى تكوين معتقدات جديدة أكثر تكيفًا، شارحًا الأصول الطفولية للمعتقدات الجوهرية، وكيفية استمرارها على مدار السنين والصعوبات التى تسببها فى حياة المريضة الحالية، والاستمرار فى رصد أى نشاط لتلك المعتقدات السلبية ويدعم من شدة المعتقدات البديلة، مستخدمًا الطرق التجريبية والعاطفية حينما لا تصبح المريضة على أى قناعة بالمعتقدات القديمة منطقيًا أو عقليًا، ولكنها ما زالت تؤمن بها عاطفيًا.

تقسيم المعتقدات الجوهرية:

وكما سبق ذكره فان المعتقدات الجوهرية يمكن أن تقسم إلى طائفة العجز أو طائفة عدم الإحساس بالحب أو كليهما. وحينما تقدم المريضة المعلومات (مشاكل – أفكار تلقائية- مشاعر- سلوكيات- تاريخ مرضى) يستمع المعالج إلى أية طائفة من المعتقدات الجوهرية التى يمكن أن تكون قد نشطت. فحينما تعبر سالى مثلاً عن عدم قدرتها على التركيز، وخوفها من الرسوب، يفترض المعالج أن المعتقدات الجوهرية من طائفة (العجز) قد نشطت (وقد تعبر المريضة عن عدم اهتمام الآخرين بها والخوف من أن تكون مختلفة عن الآخرين حتى إنها لا تستطيع

أن تحافظ على علاقاتها معهم هذه المريضة لديها معتقدات جوهرية تقع فى طائفة عدم الإحساس بالحب من الآخرين).

وفى الجزء العلوى من الشكل (١١-١) توجد مجموعة من المعتقدات الجوهرية فى مجموعة (الإحساس بالعجز)، وتشير السمات إلى كون الشخص عاجز شخصيا (ضعيف، هش، معوق، لا يستطيع التحكم فى نفسه، فقير ومحتاج) ولا يصل إلى تحقيق أهدافه (الفشل- النقص- عدم الكفاية- خاسر - غير محترم). وأما الجزء السفلى من الشكل فيشمل على مجموعة أمثلة من الاعتقادات الجوهرية من فئة (عدم الإحساس بالحب). وتشير السمات إلى كون الشخص غير ذى قيمة أو غير مرغوب فيه ولا يساوى شيئًا (ليس فقط غير ناجح، بل يعانى من نقص ما يعوق دون حصوله على حب ورعاية الآخرين).

وفى بعض الأحيان يكون واضحًا جليًا إلى أى فئة ينتمى هذا الاعتقاد أو غيره، وخاصة إذا استخدمت المريضة مصطلحات واضحة مثل (أنا عاجزة) أو أنا (غير محبوبة)، ولكن فى أحيان أخرى لا يعرف المعالج ابتداءً أية فئة من المعتقدات قد نشطت كأن تقول مريضة مكتئبة (أنا لست جيدة بالقدر الكافى)، وهنا يحتاج المعالج أن يتأكد إن كانت المريضة تقصد أنها ليست جيده بالقدر الذى يحقق الإنجاز أو لكى تستحق الاحترام (فئة العجز) أو ليست جيدة بالقدر الذى يجعل الآخرين يحبونها (فئة عدم الإحساس بالحب).

والخلاصة: فإن المعالج يبدأ فى تكوين مفهومة بطريقة عقلية عن معتقدات المريضة الجوهرية حينما تقدم المريضة معلومات من ردود فعلها تجاه المواقف (الأفكار التلقائية والمعانى المرتبطة بها والمشاعر والسلوك)، ثم يضع لنفسه حدودًا فاصلة بين المعتقدات التى تنتمى إلى فئة (العجز) أو (عدم الإحساس بالحب).

معتقدات العجز الجوهرية	
أنا عاجز	أنا غير كفء
أنا غير مؤثر	أنا غير قوى (لا حول لى ولا قوة)
أنا لا أستطيع التحكم	أنا غير قادر
أنا ضعيف	أنا فاشل
أنا هش	أنا غير جدير بالاحترام
أنا فقير ومحتاج	أنا ناقص (لا أصل إلى مستوى الآخرين)
معتقدات عدم الحب الجوهرية	
أنا غير محبوب	أنا لا أساوى شيئًا
أنا غير مرغوب فيه	أنا مختلف
أنا غير مستلطف	أنا ناقص (ولذا لا يحبنى الآخرون)
أنا لا يحتاجنى أحد	أنا مرذول من الآخرين
لا يهتم بى أحد	أنا محكوم علىَّ بالإهمال
أنا سيئ	أنا محكوم علىَّ بالوحدة

الشكل (١١-١) تقسيم المعتقدات الجوهرية

التعرف على المعتقدات الجوهرية:

يستخدم المعالج الوسائل نفسها التى يستخدمها فى التعرف على المعتقدات الوسطية فى التعرف على المعتقدات الجوهرية (انظر الفصل العاشر). وبالإضافة إلى طريقة السهم الهابط، فإنه يبحث عن سمة أو ملامح مشتركة بين الأفكار التلقائية أو يمكنه التعرف عليها مباشرة.

وغالبًا ما يتعرف المعالج على المعتقدات الجوهرية فى بداية العلاج حتى يتمكن من تكوين مفهوم أو نظرية عن المريضة ويضع خطته العلاجية؛ فيمكنه

جمع المعلومات اللازمة، ويمكنه حتى مساعدة المريضة على تقييم المعتقدات الجوهرية مبكرًا فى العلاج. وفى أحيان كثيرة يكون هذا التقويم عديم الجدوى وغير فعال، غير أنه يعطى فكرة للمعالج عن قوة وحجم الاعتقاد وقابليته للتعديل.

المعالج: إيه اللى دار فى مخك لما ما عرفتيش تكملى واجب الإحصاء؟

المريضة: إنى ما أقدرش أعمل أى حاجة صح، وعمرى ما أعرف أعمله هنا.

المعالج: وإذا كان فعلاً صحيح أنك ما تقدريش تعملى حاجة صح. وما تقدريش تكمليه هنا، دا معناه إيه؟ (طريقة السهم الهابط)

المريضة: أنا يائسة، أنا خايبة جدًا.

المعالج: قد إيه بتعتقدى أنك خايبة؟

المريضة: أوه، ١٠٠%.

المعالج: وأنت فعلاً قد إيه خائبة، كثير ولا شوية.

المريضة: بالمرة.. أنا غير كفء بالمرة.

المعالج: فى كل حاجة؟

المريضة: أيوه.

المعالج: فى أى دليل إنك كفء أو مش خائبة؟

المريضة: لا... لا.. ما فتكرش.

المعالج: أنت قلت إنك عملت كويس فى المواد الباقية؟

المريضة: أيوه.. بس مش زى ما أنا عاوزه.

المعالج: هل كونك عملتى كويس فى بقية الحاجات يتعارض شويه مع فكرتك إنك خائبة؟

المريضة: لا.. إذا كنت أنا كفء.. كنت أعمل أحسن بكثير.

المعالج: وإيه أخبار الجوانب الأخرى فى حياتك زى أمورك فى السكن، وأمورك الاقتصادية، وعنايتك بنفسك؟

المريضة: وحشة فى كل حاجة.

المعالج: معنى الفكرة، إنك غير كفء، بتشمل حاجات ثانية برضه؟

المريضة: يمكن كل حاجة.

المعالج: كويس.. أنا متفهم قد إيه الاعتقاد مسيطر عليكى دلوقت على العموم حنتكلم فى الموضوع ده فى وقت ثاني.

هنا يستخدم المعالج طريقة السهم الهابط لكى يتعرف على ما تصوره أن يكون اعتقادًا جوهريًا؛ فهو يختبر قوته برقة وكذلك مساحته وقابليته للتعديل، ويقرر ألا يستمر فى التقييم فى هذا الوقت، وعلى العموم فهو يسميها كفكرة (متضمنًا، أنه من الممكن ألا تكون حقيقية)، ويضعها كموضوع مستقبلى للمناقشة.

المعتقدات الجوهرية:

حينما يعتقد المعالج أنه قد جمع المعلومات اللازمة لكى يفترض الاعتقاد الجوهرى، وحينما يرى أن المريضة أصبحت على استعداد لأن تقبل تصوره، يستطيع حينئذ أن يقدم تصوره لها.

المعالج: سالي، إحنا اتكلمنا عن مشاكل مختلفة فى الأسابيع اللى فاتت زى شغلك فى الدراسة وقرارك حتقضى الصيف إزاى، وشغلك التطوعي. زى ما يكون ورا كل مشاكلك فيه فكرة أنت واخداها عن نفسك.. إنك إنسانة غير كفء؟ يا ترى ده مضبوط؟

المريضة: أيوه.. أفتكر كده.

أو ربما يمكنه أن يراجع مع المريضة عدة أفكار تلقائية أظهرتها في مواقف مختلفة، ويسأل المريضة أن تجد عاملاً مشتركًا أو سمة مشتركة بين كل هذه الأفكار (سالى.. يا ترى شايفة حاجة مشتركة بين الأفكار دى؟). ومع بعض المرضى يمكن للمعالج أن يستخدم مخطط تكوين المفهوم (انظر الفصل العاشر، شكل ١٠- ١) مبكرًا فى العلاج إما باستخدام المخطط أو بدونه، ويمكنه أيضًا أن يكتشف بعض إرهاصات الطفولة.

المعالج: هل بتفتكرى إحساس بعدم الكفاءة زى ده فى مراحل سابقة من حياتك؟ يعنى وأنت طفلة؟

المريضة: أيوه كثير.. أنا فاكرة أنى ما كنتش أقدر أعمل الحاجات اللى أخويا كان يقدر يعملها.

المعالج: ممكن تدينى بعض الأمثلة؟

بالحصول على المعلومات التاريخية قد يساعد المعالج لاحقًا أن يفترض كيف أصبحت المريضة تؤمن بهذا الاعتقاد، ويشرح لها كيف أن هذا الاعتقاد يمكن أن يكون غير حقيقى أو غالبًا غير حقيقى على الرغم من إيمانها العميق به.

تعليم المريض أهمية المعتقدات الجوهرية ورصد عملياتها:

إنه لمن المهم أن تتفهم المريضة النقاط التالية عن المعتقدات الجوهرية:

- إنها فكرة وليست بالضرورة حقيقية.
- إنها يمكن أن تؤمن بها بقوة أو حتى تشعر أنها حقيقية على الرغم من أنها قد لا تكون كذلك.
- وكونها فكرة، إذن يمكن اختبارها.
- إنها متأصلة منذ الطفولة وما مر من أحداث فى هذه المرحلة؛ أى أنها يمكن أن تكون أو لا تكون حقيقية فى وقت الاعتقاد بها أول مرة.

- وإن هذه المعتقدات تستمر، وتتأصل من خلال عمليات مخططها العقلى Schema، والتى بها تتعرف على المعلومات التى تساند اعتقادها الجوهرى، وتتجاهل أو تقلل من شأن المعلومات التى تتناقض مع ذلك الاعتقاد.

- إنه بالتعاون بينها وبين المعالج يمكنهما استخدام استراتيجيات مختلفة على مدار الوقت لتغير هذه الفكرة حتى تستطيع أن ترى نفسها بموضوعية أكثر.

وفى الحوار التالى يُعلِم المعالج سالى عن معتقداتها الجوهرية (لقد وافقته مسبقا على التصور الذى كوَّنه عنها).

المعالج: سالى، يا ترى الفكرة دى (فكرتها التلقائية أنها لن تستطيع إكمال ورقة الإحصاء) مألوفة عندك؟ يا ترى دى ماشية مع فكرتك أنك غير كفء.

المريضة: أيوه.. أنا حاسة أنى غير كفؤ.

المعالج: سالي.. أنا شايف حاجة من اثنين، يا إما أنت فعلاً غير كفء، وده حيتطلب أن إحنا نشتغل مع بعض شويه علشان نخليك أكثر كفاءة، أو دى مجرد فكرة أنت واخدها عن نفسك خلتك تتصرفى كأنك فعلاً غير كفء (خائبة) لدرجَة أنك ما بتحاوليش تروحى المكتبة علشان تبدأى فى ورقة الإحصاء، إيه رأيك ؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: ليه ما تكتبيش الاحتمالين فى ورقة؟ ده اللى أن عاوز أبدأ به فى العلاج، لو ما فيش مانع عندك - وتشوفى يا ترى أنت فعلاً خايبة (غير كفء) وألا أنت بتعتقدى أنك خائبة؟

وبعد ذلك فى نفس الجلسة أو فى جلسة لاحقة، يشرح المعالج عن المعتقدات الجوهرية لسالى بطريقة مبسطة، متأكدًا من أنها تفهم جيدًا ما يقوله.

المعالج: سالي.. الفكرة دى (أنا خائبة) اللى إحنا بنسميها (الاعتقاد الجوهري). خلينى أديكى فكرة عن المعتقدات الجوهرية علشان تتفهمى ليه هى صعبة أنها تتعرف أو تتقيم، أولاً: المعتقدات الجوهرية هى أفكار ممكن ما تؤمنيش بها قوى لما ما تكونيش مكتئبة، وعلى العكس لما تكونى مكتئبة تؤمنى بها جدًا، لدرجة كبيرة، حتى لو عندك أدلة كثيرة على عدم صحتها؟ يا ترى متابعة اللى بقوله لحد دلوقتى؟

المريضة: أيوه..

المعالج: لما تكونى مكتئبة، الفكرة دى بتنشط، ولما تنشط حتلاحظى أى حاجة تدعمها وبتتجاهلى أى حاجة ضدها، تبقى عاملة زى الغربال على رأسك أى فكرة متوافقة معاها تدخل من خروم الغربال فى رأسك عالطول وأى معلومة أو فكرة ضد الاعتقاد ده ما تدخلش أو تحوريها علشان تدخل بالطريقة اللى إنتى عاوزاها. تفتكرى أنك ممكن بتغربلى معلومات بالطريقة دى؟

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: كويس، خلينا نشوف.. خلينا نبص على الأسابيع اللى فاتت، إيه الأدلة على أنك ممكن تكونى كفء؟

المريضة: آ آ... أنا جبت(A) فى امتحان الإحصاء.

المعالج: جميل، وهل الدليل عدى من الغربال؟ ما قولتيش لنفسك، أنا جبت (A) معنى كده إنى ذكية، وكفء وطالبة كويسة أو حاجة زى كده؟

المريضة: لا.. أنا قلت الامتحان كان سهل، وأنا كان عندى فكرة عن الدروس دى من السنة اللى فاتت.

المعالج: آه.. يعنى معناها الغربال كان شغال. شفتى بقى إزاى أنك بتقللى من شأن أى معلومات ضد فكرتك الجوهرية (أنا غير كفء).

المريضة: (همهمة..).

المعالج: ممكن تفكرى فى أى مثال ثانى الأسبوع ده؟ أى موقف يخلى واحد عاقل يقول إنك كفء، حتى لو أنت ماحستيش بكدة؟

المريضة: (تفكر لحظة).. أنا ساعدت زميلتى فى السكن على حل مشكلة مع والدها؟ بس ده ما يهمش، أى حد ممكن يعمل كدة.

المعالج: مثال كويس، برضه زى ما يكون أنت بترفضى أى دليل يثبت عكس معتقداتك (أنا غير كفء). أنا حاسيبك تفكرى شويه فى الجملة (أى حد ممكن يعمل كده) ممكن ده يكون مثال ثانى على أنك ما تحسبيش لنفسك أى إنجاز فى الوقت اللى حد ثانى يحسبه على أنه دليل إنك كفء.

المريضة: أيوه.. هى زميلتى قالت إن أنا ساعدتها كثير.

المعالج: كويس.. علشان نلخص.. (أنا غير كفء) واضح أنه اعتقاد جوهرى عندك من زمان، لكن بتعتقدى فيه أكثر لما تكونى مكتئبة، ممكن نلخص يكون بيشتغل ازاى الاعتقاد ده؟

المريضة: آه.. أنت بتقول لما أكون مكتئبة، أنا باغربل المعلومات اللى تتوافق مع اعتقادى، وأرفض اللى مش بتتوافق.

المعالج: تمام.. إيه رأيك فى واجب الأسبوع ده، لو تحاولى تلاحظى إزاى الغربال بيشتغل. دونى كل المعلومات اللى بتأيد أنك غير كفء، والجزء الأصعب حاولى تدونى أو تصطادى المعلومات اللى ممكن حد ثانى يغيرها دليل على أنك كفء ما شى؟

وفى الجلسة التالية يشرح المعالج لسالى لماذا هى تعتقد بقوة فى فكرتها الجوهرية على الرغم من أنها من الممكن أن تكون غير حقيقية.

المعالج: أنت عملتى شغل كويس الأسبوع ده، لاحظى قد إيه أنت بتشوفى أو

تلقطى المعلومات اللى بتأيد فكرة انك غير كفء. وزى ما توقعنا، كان صعب جدًا عليك إنك تتعرفى على المعلومات اللى بتناقض الفكرة دى.

المريضة: أيوه.. ما عملتهاش كويس.

المعالج: هل أنت شاعرة دلوقت أنك (غير كفء).

المريضة: (تضحك) أيوه اتهيأ لى كدة.

المعالج: يا ترى الغربال شغال دلوقتى حالاً؟ ركزت على الجزء فى الواجب اللى ما عملتهوش كويس ونسيتى الجزء اللى عملتيه كويس؟

المريضة: فعلاً.

المعالج: إيه رأيك فى وجود غربال زى كدة؟

المريضة: بيخلينى مالاحظش الحاجات الكويسة.

المعالج: كويس ويوم بعد يوم إيه اللى يحصل للفكرة دى (أنا غير كفء).

المريضة: حتبقى أقوى اتهيألى.

المعالج: للدرجة أنك تشعرى فيها أنها حقيقية حتى لو ما كانتش.

المريضة: أيوه.

المعالج: عرفت بقى إزاى ممكن تكون الفكرة غير صحيحة على الرغم من شعورك.

المريضة: أيوه.. أنا دلوقت ممكن عقليًا شايفاها كده لكن لسة حاسة أنها حقيقية.

المعالج: دا متوقع جدًا وشائع، فى الأسابيع الجاية. حنفضل تقيم الفكرة دى وحنشتغل مع بعض علشان نساعد الجزء العقلانى عندك يتحاور مع الجزء العاطفى، ماشى؟

المريضة: ماشى.

والعلاج الذى يعتمد على السيرة الذاتية يمكن أن يساعد فى علاج المعتقدات الجوهرية. وتجدر الإشارة إلى كتابين مهمين فى هذا المضمار، وهما سجناء الاعتقاد (Mckay & Fannig1991) إعادة اختراع حياتك (Young & Klosko,1994)؛ فقد يساعدان فى هذه المرحلة من العلاج.

تعديل المعتقدات الجوهرية وتقوية المعتقدات الجديدة:

وبالتعرف على الاعتقاد الجوهرى السلبي، يصمم المعالج بطريقة عقلانية، اعتقادًا أكثر واقعية وفاعلية ثم يقود المريضة تجاهه، ويمكنه أن يستخدم بعض الطرق الموجودة فى الجزء الأيمن من الشكل (١١-٢) حتى يبدأ بإضعاف المعتقد الراسخ، وفى الحال يبدأ مع المريضة فى إنشاء اعتقادًا أكثر تكيفًا. مع العلم بأن الاعتقاد الإيجابى نسبيًا سيكون أسهل للمريض أن يتبناه من الاعتقاد المبالغ فيه. وهناك أمثلة:

المعتقدات الجوهرية القديمة	**المعتقدات الجوهرية الجديدة**
أنا غير محبوب (بالمرة)	أنا عمومًا شخص محبوب
أنا سيئ	أنا شخص ذو صفات حسنة وسيئة ولكنى ذو قيمة
لا حول لى ولا قوة	أنا أستطيع التحكم فى أمور كثيرة
أنا ناقص	أنا طبيعي، لى نقاط ضعف ونقاط قوة

تقنيات سبق شرحها	تقنيات إضافية
تكنيك الأسئلة السقراطية	استمارة المعتقدات الجوهرية
اختبار المميزات والعيوب	النقيض التام

لعب دور المنطقى – العاطفى	التوضيح بالاستعارة
العمل – (كما لو)	اختبارات تاريخية
التجارب السلوكية	إعادة تركيب الذكريات المبكرة
المتصل الإدراكى	بطاقات التكيف (انظر الفصل الثانى عشر)
كشف الذات	

الشكل (١١-٢) تكنيكات لتعديل المعتقدات الجوهرية

إن مريضة المحور الأول (Axis I) يمكن أن تكون قد اعتقدت فى الاعتقاد الجديد معظم أوقات حياتها؛ فمن السهل عليها نسبيًا أن تتبينه. وعلى النقيض فإن مريضة المحور الثانى (Axis II) يمكن ألا تكون قد تبنت هذا الاعتقاد الإيجابى طوال حياتها، ولذا فعلى المعالج أن يساعدها على تبنى اعتقاد إيجابى بديل عن اعتقادها السلبى. ولقد يجد معالج سالى أنه من السهل أن يساعدها أن تضع المعتقدات الأكثر إيجابية فى كلمات.

المعالج: سالى، إحنا اتكلمنا عن الاعتقاد الجوهرى ده (أنا غير كفء) تفتكرى إيه الاعتقاد البديل اللى يكون أكثر واقعية؟

المريضة: أنا كفء؟

المعالج: دا كويس، أو ممكن نخليه مثلا (أنا كفء فى معظم الحاجات، لكنى إنسانة برضه) دا ممكن يكون أسهل لك أن تتبنيه؟

المريضة: أيوه الثانى.

استمارة الاعتقاد الجوهرى:

بعد التعرف على الاعتقاد الجوهرى وإنشاء اعتقاد جديد، يمكن للمعالج أن

يقدم استمارة الاعتقاد الجوهرى (إ- ع - ج) (انظر شكل ١١ -٣). وكما سبق ذكره فإنه من الأفضل تقديم هذه الوسيلة بعد أن تكون المريضة قد تعلمت أن بعض أفكارها (الأفكار التلقائية) قد ثبت عدم دقتها أو خطأها. بالإضافة إلى ذلك، فإن استمارة الاعتقاد الجوهرى تبدأ عادة بعد أن تكون المريضة قد تعلمت بنجاح عملية تقييم الأفكار التلقائية وتعديلها، وتستطيع أن تفهم بالفعل أنها تستطيع أن تعدل من طريقة تفكيرها العاطلة، وأن تكون قد كونت مع المعالج علاقة علاجية متينة.

استمارة الاعتقاد الجوهرى:

المعتقد الجوهرى القديم.... أنا غير كفء

ما شدة اعتقادك بهذا المعتقد القديم الآن؟ (صفر- ١٠٠%) ٦٠%

ما أشد درجة من الاعتقاد هذا الأسبوع؟ (صفر- ١٠٠%) ٩٠%

وما أقل درجة من الاعتقاد هذا الأسبوع؟ (صفر- ١٠٠%) ٦٠%

المعتقد الجديد أنا كفء فى معظم الأشياء، ولكنى إنسان أيضًا:

ما شدة اعتقادك بهذا المعتقد الجديد الآن؟ (صفر- ١٠٠%) ٥٠%

دليل يدحض الاعتقاد القديم ويؤيد الجديد/ دليل يؤيد الاعتقاد القديم مع إعادة التشكيل:

- كنت جيدة فى ورقة الأدب	لم أفهم مصطلح فى الدرس ولكنى لم أقرأ عنه، ويمكن أن يكون عيب الأستاذ الذى لم يشرحه
- سألت سؤال فى حصة الإحصاء	لم أذهب للأستاذ للاستيضاح وليس معنى ذلك أنى فاشلة
	كنت متوترة، وكنت أظن إنى يمكن أن أفهم الدرس وحدى

- أخذت (B) فى الكيمياء أخذت (B) فى ورقة الأدب لكن هذا لا يعنى أنى خائبة

-اتخذت قرار بالنسبة لمستقبلي

- جمعت كل المراجع اللازمة للبحث

- فهمت أغلب الفصل السادس من كتاب الإحصاء

- شرحت لواحد مصطلح ما كانش فاهمه

هل ينبغى لهذه المواقف التى تزيد أو تقلل من قوة اعتقادى سوف تكون على قائمة المواضيع التى سوف نناقش فى الأچندة؟

الشكل (١١-٣) استمارة معتقدات سالى الجوهرية

Copyrights 1993 by Judith S..Beck. Ph. D

وتتكون استمارة الاعتقاد الجوهرى من جزءين: الجزء العلوى يرشد المريضة للتعرف على اعتقادها القديم ودرجة إيمانها به، وكذلك مدى إيمانها بالاعتقاد الجديد. ويقوم المعالج والمريضة معًا على ملء هذا الجزء معًا فى بداية كل جلسة من الجلسات التى تلى تقديم الاستمارة. وأما الجزء السفلى فتملأه المريضة بمفردها إما فى أثناء الجلسات أو كواجب منزلى بينما هى ترصد اعتقاداتها وتعيد تشكيل الأدلة التى تبدو أنها تدعم الاعتقاد القديم.

المعالج: خلينى أوريكى استمارة الاعتقاد الجوهري، وهى مجرد طريقة منظمة لتعديل الاعتقاد الجوهري، هنا خلينا نكتب اعتقادك الجوهرى (أنا غير كفء) فى الأول قد إيه درجة إيمانك به دلوقت؟

المريضة: ممكن ٦٠%.

المعالج: كويس.. اكتبى ٦٠% تحته دلوقت. بالنسبة للسطرين التاليين فكرى فى الأسبوع اللى فات ؟ إيه أكثر المرات اللى كنت بتعتقدى فيه بشدة والمرات اللى كان اعتقادك فيه قليل جدًا؟

المريضة: أكثر حاجة؟ لما بدأت أذاكر لامتحان الإحصاء، تسعين فى المية يمكن، وأقل حاجة؟ دلوقت ٦٠% (تكتب).

المعالج: الأسبوع اللى فات إحنا اتكلمنا عن اعتقاد أكثر تكيفا ما قلتش أكثر صحة أو دقة، يا ترى فاكره قلناه إزاى؟

المريضة: أيوه.. (أنا كفء فى معظم الحاجات، لكنى إنسانة برضه).

المعالج: كويس، اكتبى ده تحت الاعتقاد الجديد، قد إيه بتعتقدى فى الاعتقاد ده النهارده؟

المريضة: يمكن ٥٠%.

المعالج: سالى. إحنا نقدر نملأ الجزء ده كل أسبوع فى بداية جلستنا، أو تقدرى تمليها قبل ما بتيجي، أنا عاوزك تخلى الاستمارة دى قدام عينيكى فى جلساتنا علشان نشوف إذا كان الموضوع اللى بنناقشه له علاقة بفكرتك (أنا غير كفء) ولا لأ.

المريضة: ماشى.

المعالج: خلينا نملأ الجزء الأسفل دلوقت مع بعض، علشان تتعلمى تعمليها إزاى- لو معندكيش مانع- ولو لقيتيه مفيد، تقدرى تضيفى له كل يوم

المريضة: ما شى.

المعالج: فيه حاجة ثانية، علشان تتعلمى تملى الاستمارة دى حيتطلب شوية وقت وتدريب، زى ما عملنا فى سجل الأفكار التلقائية. ما شى؟

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: يبقى كويس لو بدأنا بالناحية الشمال، الدليل على إنك (غير كفء)؟

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: فكرى، أنت عملتى إيه النهارده. إيه الأدلة اللى تؤكد أنك غير كفء؟

المريضة: أيوه. أنا ما فهمتش مصطلح فى الإحصاء، الأستاذ قاله النهارده.

المعالج: كويس. اكتبى فى الناحية الشمال، وبعدين حطى كلمة (لكن) بالخط الكبير جنبها.. ودلوقت نفكر مع بعض، يكون فيه تفسير ثانى لعدم فهمك للمصطلح ده غير أنك (غير كفء).

المريضة: هى دى كانت أول مرة يتكلم عنها الأستاذ، وما كانش فى القراءة اللى حضرناها.

المعالج: يعنى ممكن تفهميه أكثر لما الأستاذ يرجع بقوله ثانى، أو تقرأى عنه، أو تسألى حد ثانى؟

المريضة: احتمال.

المعالج: كويس.. بعد كلمة (**لكن**) إحنا حانكتب اللى بنسميه (إعادة تشكيل) طريقة ثانية للنظر فى الأدلة: تقدرى تقولى إيه هنا؟

المريضة: ممكن أقول (لكن أنا ما قرأتش عنه، وممكن أفهمه بعدين).

المعالج: كويس اكتبى الكلام ده.. تعالى نشوف ثانى يمكن تقدرى تخلى إعادة التشكيل أقوى شوية. هل أنت مقتنعة أن لو واحده ما فهمتش مصطلح فى الحصة معناها عدم الكفاءة. يعنى معناه إنها شخصية فاشلة؟ أظن ده كلام غير صحيح؟

المريضة: أيوه.. دى حقيقة.

المعالج: هل ممكن ناس أكفاء جدًا ما يفهموش مصطلح لأول مرة؟

المريضة: ممكن.

المعالج: أنا مش عارف إذا كان ده عدم كفاءة من الأستاذ، لأنه لو شرحه بوضوح، كان كل الناس فهموه؟

المريضة: ممكن.

المعالج: إيه رأيك تفكرى دقيقة كمان، وتشوفى لو عاوزة تضيفى حاجة فى الكتابة.. كويس.. خلينا نحاول الناحية اليمين. دلوقت عندك أى دليل من أحداث النهاردة أنك كفء فى نواحى كثيرة؟ وأنا بانبهك ده ممكن يكون صعب لو الغربال شغال.

المريضة: أنا اشتغلت كويس فى بحث الأدب.

المعالج: عملتيه كويس؟ إيه ثانى؟

المريضة: (لا إجابة).

المعالج: كويس.. إيه رأيك تعملى الكلام ده فى الواجب، إذا حاولتى تضيفى فى أسفل الاستمارة دي. شفت بقى إزاى أن الناحية الشمال أسهل بكثير.. لكن الناحية اليمين حتكون صعبة شوية.

المريضة: أيوه.

المعالج: يبقى اعملى اللى تقدرى عليه. إحنا ممكن نعمل الجزء بعد إعادة التشكيل مع بعض. وإذا لقيتى صعوبة كبيرة تظاهرى كأنك بتملى استمارة حد ثانى زميلتك فى السكن مثلاً.. لو كانت هى فى الموقف ده.

المريضة: ماشى.

المعالج: ممكن تفكرى فى أى حاجة بتقف فى طريق الواجب ده بحيث ما تعملهوش؟

المريضة: لا إنشاء الله حا أعمله.

المعالج: جميل.

وحينما تواجه سالى صعوبات فى التعرف على أى معلومات إيجابية فى

أثناء الجلسة يمكن للمعالج أن يؤجل هذا الواجب المنزلي، أو يحاول بأى وسيلة أخرى أن يساعدها فى البحث عن معلومات للناحية اليمنى، فعلى سبيل المثال يمكنه استخدام تكنيك التباين.

المعالج: إيه رأيك فى أنك كافحت علشان تأخذى حقك فى التأمين الصحى للطلبة؟ مش دا برضه ينحط فى الجهة اليمين؟

المريضة: ما أعرفش، أنا كنت متوتره جدا،لكن لقيته سهل.

المعالج: انتظرى دقيقة، لو أنت ما دافعتيش عن نفسك، مش كنت حاتعتبرى ده علامة على عدم الكفاءة؟

المريضة: محتمل.

المعالج: علشان كده، فكرى بالطريقة دي. أى شيء ممكن تلومى نفسك عليه، إذا حصل، فإذا ما حصلش ممكن تحطيه فى الناحية اليمين.

وهناك طرق أخرى لمساعدة المريضة للتعرف على الجوانب الإيجابية، والتى تنتمى إلى يمين الصفحة من استمارة الاعتقاد الجوهرى، وتشمل:

١. (كما فى الحوار السابق) سؤال المريضة أن تفكر فى المعلومات التى يمكن أن تعتيرها أدلة إيجابية بالنسبة لشخص آخر: (سالى ممكن تفكرى فى حد ثانى بتعتبريه أنت كفؤ؟ مين ممكن يكون الشخص ده؟ إيه الحاجات اللى عملتيها النهارده واللى ممكن لو كانت (دونا) عملتها حتقولى عليها كفؤ؟)

٢. سؤال المريضة عن معلومات أو أدلة التى يمكن أن يعتبرها شخص آخر دليلاً على كفاءة المريضة.(سالى مين اللى ممكن يكون عارفك كويس؟ وتكونى بتثقى فى حكمه؟ إيه اللى ممكن يقوله الشخص ده إيه اللى عملتيه النهارده كدليل على كفاءتك؟ أو سالى إيه اللى عملتيه النهارده اللى ممكن

أنا أقول عليه أنه دليل على كفاءتك؟

٣. سؤال المريضة أن تفكر إذا ما كانت تقلل من شأن الأدلة الإيجابية على كفاءتها إذا ما قارنت ما فعلته بنموذج سلبى مفترض (سالى أنت ما تعتقديش أن انتهاءك من البحث ده دليل على كفاءتك. تفتكرى أى حد غير كفء يقدر يكتب بحث زى ده؟ أو يعمل زى اللى أنت عملتيه؟)

٤. سؤال المريضة أن تكتب درجة الاعتقاد فى أعلى الاستمارة (على اعتقاد قد أتفق عليه مسبقًا) فى بداية الجلسة قبل إعداد الأجندة، ثم يسأل المعالج لما كنت أقل اعتقادًا بالفكرة دى، كانت إيه الظروف المحيطة؟) ثم يناقش هذه الظروف (الإيجابية) مدعمًا وجامعًا أدلة للجهة اليمنى.

ويمكن للمعالج أن ينتهز الفرص خلال الجلسة ليسأل المريضة عن مدى قابلية تطبيق الاستمارة على موضوع المناقشة.

المعالج: سالي.. ممكن نلخص اللى اتكلمنا فيه النهارده.

المريضة: أنا كنت متضايقة كثير، لأنى ما أقدرتش ألاقى شغل فى الصيف، وأى واحد يكون محبط فى ظرف زى كده، لكن أنا كنت مكتئبة جدًا علشان حسيت أن ده دليل على عدم كفاءتى.

المعالج: كويس.. ممكن تشوفى إزاى الكلام له علاقة بالاستمارة اللى قدامنا.

المريضة: أيوه.. هى نفس الفكرة.

المعالج: إزاى ممكن تكتبى الكلام ده فى الاستمارة.

المريضة: أنا بأعتقد أنها ممكن تنكتب فى الناحية الشمال.. أنا ما خلصتش البحث، ما لاقيتش شغل.. بس ده مش معناه إنى غير كفء بالمرة.. ناس كثير قدموا على الشغل، وما لقوش وكثير منهم كان عندهم خبرة أكثر مني.

استخدام التباين الشديد لتعديل الاعتقاد الجوهرى
Using Extreme Contrast to Modify Core Beliefs

فى بعض الأحيان يكون من المفيد لبعض المرضى أن يقارنوا أنفسهم بشخص ما، إما حقيقى أو متخيل؛ حيث يكونون على الطرف الأكثر سلبية من محور الفكرة التى تتبناها المريضة. يسأل المعالج المريضة أن تتخيل شخص ما فى محيطها (هذا التكنيك مشابه لتكنيك المتصل المعرفى، والذى وصف فى الفصل العاشر).

المعالج: يا ترى فيه حد معاك فى المدرسة شايفه أنه غير كفء بالمرة أو بيتصرف بطريقة تدل على عدم الكفاءة؟

المريضة: آ آ آ. أنا أعرف واحد فى صفي، ما بيرحش المدرسة خالص وكل يوم عامل حفلة، أعتقد أنه فاشل.

المعالج: لما تقارنى نفسك بيه؟ قد إيه أنت غير كفء.

المريضة: مش كثير.

المعالج: لو أنت فعلاً شخصية غير كفء بالمرة، إيه اللى ممكن كنت تعمليه؟

المريضة: أفتكر.. أنى ما كنتش هأروح الجامعة وأفضل قاعدة طول النهار ما أعملش حاجة تستحق الذكر وما يكونش عندى أصدقاء.. حاجات ذى كدة.

المعالج: وقد إيه أنت قريبة من ده.. دلوقت؟

المريضة: مفيش خالص.. أعتقد.

المعالج: يعنى شايفة إنك دقيقة، لما توصفى نفسك إنك غير كفء؟

المريضة: يعنى.. مش دقيقة قوي.

تكوين الاستعارات: Developing Metaphors

يستطيع المعالج أن يساعد على إبعاد المرضى عن معتقداتهم الجوهرية بالتفكير فى مواقف مختلفة. إحدى المريضات كانت تعتقد أنها لابد أن تكون سيئة؛ لأن أمها كانت تعاملها وهى طفلة بقسوة شديدة. ولقد ساعدها كثيرًا أن نتذكر قصة السندريلا التى عاملت فيه زوجة الأب الشريرة الطفلة بمنتهى القسوة، ولم تكن الطفلة تستحق ذلك.

اختبارات تاريخية للمعتقد الجوهرى Historical Tests of the Core Belief

إنه من المفيد غالبًا أن تجعل المريضة تراجع أو تتفحص كيف نشأت لديها هذه المعتقدات، وكيف استمرت خلال السنين (Young, 1990) فيسأل المعالج المريضة أن تبحث عن أدلة مضادة (يمكن استخدام استمارة الاعتقاد الجوهرى لهذا الغرض). وعادة ما تبدأ هذه العملية بعد أن تكون المريضة قد تعرفت على اعتقادها الجوهرى والعوامل التى تدعمه ومحاولة تعديله من خلال استمارة الاعتقاد الجوهرى أو أى طريقة أخرى، وأنه ليس من الضرورى دائمًا أن يكون الاعتقاد الجوهرى نشطًا حتى تقوم المريضة بهذه العملية، إلا أن بعض المرضى لا يستطيعون الوصول إلى ذكريات معينة إذا لم ينشط لديهم الاعتقاد الجوهرى الذى يهيج مشاعرهم. وعلى المعالج هنا أن يقدم التبرير المناسب أولاً.

المعالج: أنا عاوزك تشوفى إمتى الفكرة بتاعتك ده بدأت؟

المريضة: ما شى.

المعالج: خلينا ناخد الاستمارة ونشتغل دلوقت، هل تفتكرى حاجة لما كنتى صغيرة جعلتك تفكرى إنك غير كفء؟ نقول مثلاً قبل المدرسة الابتدائية؟

المريضة: أنا فاكرة وأنا فى الحضانة، كنت فاكرة وأنا بأعمل حاجة فى لعبة والمدرسة بتصرخ فىَّ وأنا بأعيط.

المعالج: كنت بطيئة وأنت بتعملى اللعبة؟

المريضة: أيوه.. حاجة زى كدة.

المعالج: وحسيت أنك خايبة؟

المريضة: آه.

المعالج: كويس.. اكتبى الكلام فى الناحية الشمال، وبعدين حنكتب إعادة التشكيل بعد كده. فيه حاجة ثانية؟

المريضة: أيوه. . فاكرة كنت فى حديقة عامة مع أسرتى، وكل الأطفال كانوا راكبين عجلاتهم حوالينا، وأنا ما كنتش عارفة اركب زيهم.

وفى أثناء الجلسة أو الواجب المنزلي. تستمر المريضة فى هذه الخطوة الأولى وهى تسجيل الذكريات التى لم تكن قد ساعدت على تكوين هذا الاعتقاد الجوهرى ويمكن أن تتذكر أيام ما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية والثانوية والجامعة، وكذلك فى العشرينيات والثلاثينيات من عمرها وهكذا. والخطوة الثانية من المراجعة التاريخية تشمل البحث عن أى أدلة يمكن أن تدعم المعتقد الجديد لكل مرحلة. وحينما تكون قادرة على استرجاع ذكريات إيجابية تكون المريضة مستعدة للخطوة الثالثة، وهى إعادة تشكيل كل الأدلة السلبية، وأخيرًا وفى الخطوة الرابعة تقوم المريضة بتلخيص لكل هذا فمثلاً: فى سنوات المدرسة الثانوية- فعلت أشياءً كثيرة بكفاءة من الألعاب الرياضية والواجبات المنزلية وتحمل مسئوليات. صحيح أنى لم أحصل على تقدير "As" فى كل المواد لكننى بصفة عامة كنت أعمل بكفاءة.

إعادة تشكيل الذكريات الأولى: Reconstructing Early Memories

بالنسبة لمرضى المحور الأول (Axis I) فإن التكنيكات العقلية أو المنطقية التى سبق ذكرها غالبًا ما تكون كافية لتعديل الاعتقاد الجوهري. وبالنسبة للآخرين فإنه ينصح بالوسائل أو التكنيكيات العاطفية أو التجريبية التى تحفز فيها

مشاعر المرضى. ومن أمثلة هذه التكنيكيات (لعب الأدوار) وإعادة إحياء الحدث حتى يمكن للمريض أن يعيد فهم التجربة المؤلمة المبكرة. وفى الحوار التالى يساعد المعالج المريضة على إعادة فهم حدث مبكر ذات علاقة بموقف ضاغط حالى:

المعالج: سالى أنت شكلك النهارده مكتئبة خالص:

المريضة: أيوه (تبكي) أنا عرفت نتيجة البحث، أنا جبت (C) أنا عمرى ما أعمل حاجة صح.

المعالج: يعنى أنت شاعرة إنك خائبة؟

المريضة: أيوه

المعالج: (معظمًا مشاعرها ليسهل عملية التذكر) يا ترى أنت حاسة بالحزن والخيبة دى فى أى جزء من جسمك؟

المريضة: ورا عيني، وحاسة أن أكتافى ثقيلة.

المعالج: يا ترى فاكرة أول مرة حسيتى الشعور ده وأنت طفلة؟

المريضة: (سكوت).. لما كان عندى ٦ أو ٧ سنوات. أنا فاكرة جبت ورقة التقرير، وكنت خايفة شويه علشان ما كنتش عاملة كويس. بابا كان طبيعى معايا لكن ماما كانت عصبية جدًا.

المعالج: قالت لك إيه؟

المريضة: سالى.. أنا مش عارفة أعمل إيه معاكي.. بصى للتقرير بتاعك؟

المعالج: وأنت قلتى إيه؟

المريضة: أنا ما أعتقدش أنى قلت أى حاجة. ودا خلاها مجنونة أكثر.. قالت لى أنت عارفة إيه اللى حيحصل لو ما جبتيش درجات كويسة. أخوك

عالطول تقاريره كويسة، ليه أنت لأ. . أنا مكسوفة منــك؟ حتعملــى إيــه إنشاء الله؟

المعالج: أكيد كنت شاعرة شعور وحش خالص؟

المريضة: أيوه طبعًا.

المعالج: يا ترى تفتكرى دى كانت طريقة معقولة بتاعة ماما دى؟

المريضة: لا ما أفتكرش.

المعالج: كويس.. يا ترى حاجة زى دى ممكن تقوليها لأولادك فى المستقبل؟

المريضة: لا.. أنا عمرى ما حا قولهم كده.

المعالج: إيه اللى ممكن تقوليه لو كان عندك طفلة عمرها ٧ سنوات ورجعت مــرة بتقرير زى كده؟

المريضة: آه أفتكر هاقولها اللى بابا عمله معايا (معلش، ما تزعليش أنا ما كنــتش شاطر فى المدرسة قوي، لكن دا ما فرقش معايا) .

المعالج: كويس، يا ترى تعرفى ماما ليه ما قلتش زى بابا؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: يمكن من اللى قولتيه لى قبل كده عنها، أنهــا كانــت بتشــعر أن النــاس حينظروا لها نظرة وحشة لما ابنتها تجيب درجات وحشة؟

المريضة: ده ممكن يكون صح، لأنها كانت دائمًا تفتخر بأخويا قــدام أصــحابها، أفتكر إنها دائمًا كانت عاوزة أسرتها تبقى حاجة كبيرة.

المعالج: كويس.. أى رأيك نلعب أدوار، أنا هلعب دورك وأنت فــى عمــر ســبع سنوات، وأنت هتلعبى دور ماما، حاولى تشوفى الأمور من وجهة نظرها على قد ما تقدرى، أنا هابدأ: (ماما أنا جبت التقرير بتاعى).

المريضة: سالى.. أنا خجلانة منك، شوفى درجاتك، مش عارفة أعمل إيه معاكى؟

المعالج: ماما.. أنا لسه عمرى سبعة، صحيح درجاتى مش زى روبرت بس كويسة.

المريضة: أنت مش عارفة إيه اللى حا يحصل لو ما جبتيش درجات كويسة؟ عمرك ما تحصلى حاجة.

المعالج: بلاش سخف يا ماما.. أنا لسة عمرى سبعة.

المريضة: لكن السنة الجاية حتبقى ٨، واللى بعدها ٩.

المعالج: ماما.. أنا مش وحشة قوى كده، ليه مكبرة الحكاية كده؟ أنت بتحسسينى أنى أنا فاشلة بالمرة، مش ده اللى أنت قاصداه؟

المريضة: لا. طبعًا لا. أنا مش عاوزاك تفكرى فى كده، ده مش صحيح أنا بس عاوزاكى تكونى أحسن.

المعالج: كويس.. خارج الدور.. إيه رأيك؟

المريضة: أنا فعلاً ما كنتش خائبة، أنا كنت كويسة، ممكن ماما كانت صعبة معايا شويه علشان ما حدش ينتقدها (تبتسم).

المعالج: قد إيه بتعتقدى فى كده؟

المريضة: كثير، ٨٠%.

المعالج: إيه رأيك نلعب الأدوار مرة ثانية؟ بس المرة دى هنلعب الأدوار علشان نشوف سالى الصغيرة ممكن ترد إزاى على أمها.

وبعد لعب الأدوار يسأل المعالج سالى ماذا تعلمت من هذه اللعبة، وكيف ينطبق ما تعلمته على المواقف التى مرت بها هذا الأسبوع؟ (حصلت على تقدير "C" فى البحث) وثمة طريقة أخرى وهى استعمال التخيل لإعادة تركيب الذكريات المبكرة فى حضور المشاعر (Ladyen et al 1993, Edwards, 1989)، وهذا النوع

من العلاج الجشطالتى قد صمم خصيصًا لتغيير المعتقدات الجوهرية، وغالبًا ما يستخدم مع مرضى اضطرابات الشخصية أكثر مما يستخدم مع مرضى المحور ١ (Axis I)، وكذلك يجعل المعالج المريضة تسترجع موقفًا مؤلمًا من الطفولة، والذى يبدو كأنه ساعد على تكوين المعتقد الجوهرى واستمراره.

وفى المثال المطول التالى توضيح لما يفعله المعالج فى النقاط الآتية:

١. التعرف على موقف معين يكون مؤلمًا فى الوقت الحالى، ويبدو مرتبطا باعتقاد جوهرى مهم.
٢. إلقاء الضوء على شعور المريضة بالتركيز على الأفكار التلقائية، والمشاعر والأحاسيس الجسمانية.
٣. مساعدة المريضة على التعرف وإعادة خبرة تجربة مبكرة.
٤. التحدث مع الجزء الأصغر من المريضة للتعرف على الأفكار التلقائية والمشاعر والمعتقدات.
٥. مساعدة المريضة على تبنى فهم مغاير للتجربة من خلال التخيل الموجه والأسئلة السقراطية والحوار ولعب الأدوار.

وفى الحوار التالى تتحدث سالى عن تجربة مزعجة مرت بها البارحة حين شعرت أنها منتقده من زملائها:

المعالج: ممكن تتخيلى المنظر ده دلوقت، زى ما يكون حاصل دلوقتى حالاً؟ كلكم كنتم قاعدين حوالين الترابيزة. (يجعل المعالج سالى تتخيل بوضوح الموقف المؤلم بالصور).

المريضة: ميمى بتقول (أنت ما عملتيهوش كويس، لازم تتحسنى شويه) وأنا شاعرة بالإحباط والحزن (أنا باأفكر) (أنا بأحبط كل إنسان أنا مش كويسة كفاية، أنا ما باعرفش أعمل حاجة صح، أنا يمكن أسقط).

المعالج: يا ترى أنت شاعرة بالحزن دلوقتى؟

المريضة: (تومئ)

المعالج: حاسة بيه فين من جسمك؟

المريضة: ورا عيونى.

المعالج: فيه أى مكان ثانى؟ فين الحزن ثانى.

المريضة: فى صدرى.. فى معدتى.. فيه ثقل.

المعالج: كويس.. تقدرى تركزى على الثقل؟ تقدرى فعلاً تشعرى بيه دلوقت فى معدتك، فى صدرك، وورا عيونك؟

المريضة: (تومئ).

المعالج: ركزى على صدرك، على عيونك، على بطنك. (ينتظر حوالى ١٠ ثوانى) سالى.. تقدرى تفتكرى إمتى حسيتى بالثقل ده قبل كده، لما كنتى طفلة؟ إيه هية أول مرة حسيتى فيها الإحساس ده؟

وفى الجزء التالى يجعل المعالج سالى تعيش الذكريات المعنية ثم يتحدث مع الجزء الطفولى من سالى ليعرف ماذا فهمت من هذه التجربة فى ذلك الوقت (لاحظ أن المعالج يحاول باستمرار تقوية البداهة العاطفية للتجربة فيجعل سالى تتحدث بأسلوب المضارع طول الوقت).

المريضة: أمى.. أمى.. تصرخ فى.

المعالج: سنك، كم سنة يا سالى؟

المريضة: ستة أو سبعة مش فاكرة بالضبط.

المعالج: كنت فين؟ اوصفى لى كل حاجة بالتفصيل على قد ما تقدرى.

المريضة: أنا فى البيت، أنا بأعمل واجباتي، عاوزه أعمل نوع من الفورمات، مش عارفه أعمله، أنا أعلِّم على الحروف الساكنة أو المتحركة أو حاجة زى كده، مش عارفة أعمل إيه. أنا كنت غائبة عن المدرسة فى الحصة دي، مش عارفة بتتعمل إزاى.

المعالج: حصل إيه بعد كده؟

المريضة: ماما بتمشى فى المطبخ (ياالله نامى يا سالى، عندك مدرسة بكرة) (ما أقدرش لازم أخلص الواجب بتاعى).

المعالج: وبعدين؟

المريضة: هى بتقول (أنت هتفضلى تعمليه لأمتي. أنا من ساعة بأقولك قومى نامى).

المعالج: بتقولى إيه؟

المريضة: أنا لازم أخلصه النهارده، وألا حيكون فيه مشكلة.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: هى بتقول: إيه حكايتك بالضبط ؟ ليه مش قادرة تخلصى الواجب ده؟ دا سهل جدًا، أنت إيه.. غبية؟ يا لله على السرير دلوقت.

المعالج: وبعدين؟

المعالج: أنا با جرى على أوضة النوم.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: ما عرفش، يمكن أنام (تبدو حزينة جدًا).

المعالج: إمتى كانت أسوأ نقطة؟

المريضة: لما كانت بتصرخ فىَّ.

المعالج: كويس.. ممكن تتخيلى ده ثانى؟ أنت فين دلوقت؟

المريضة: أنا قاعدة على ترابيزة المطبخ.

المعالج: وعمالة بتحاولى مع الواجب؟ مش عارفة تعملى إيه؟

المريضة: أيوه.

المعالج: وماما دخلت المطبخ؟ شكلها إيه؟ هى فين بالضبط؟

المريضة: هى طويلة، واقفة، وعصبية جدًا، شكلها...

المعالج: إزاى عرفتى؟

المريضة: (عيناها مغرورقة بالدموع). وشها مكشر، وجسمها مشدود.

المعالج: وبعدين قالت...؟

المريضة: سالى.. يالله على السرير.

المعالج: أيوه كملى.

المريضة: (ماما ما قدرش أنام لازم أخلص الواجب) (أنا قلت على السرير.. مالك؟ مش عارفة تخلصيه ليه، دى مادة سهلة جدًا، أنت غبية ولا إيه؟)

المعالج: (برفق) سالى الصغيرة ٦ سنوات، شاعرة بإيه دلوقت؟

المريضة: حزينة (تبكى قليلاً).

المعالج: حزينة حقيقى؟

المريضة: (تومئ).

المعالج: (برقة) سالى أم ٦ سنين، إيه اللى بيدور فى مخك دلوقت؟

المريضة: أنا غبية، أنا ما أعرفش أعمل حاجة صح.

المعالج: قد إيه بتعتقدى فى كده؟

المريضة: ١٠٠%.

المعالج: فيه إيه حاجة ثانية فى مخك؟

المريضة: أنا عمرى ما أحقدر أعمل حاجة صح.

لاحظ أن التشديد على المشاعر فى التجربة هو المفتاح الذى يؤكد أنه موضوع جوهرى بالنسبة للمريضة. وفى الجزء التالى يحاول المعالج أن يساعد سالى على إعادة تفسير التجربة أو إعادة فهمها.

المعالج: سالى الصغيرة أم ٦ سنين، أنا عاوزك تشوفى ده بطريقة مختلفة شوية. رأيك إيه الأفضل بالنسبة لك؟ تحب تتكلمى مع ماما وتشرحى لها ليه أنت عندك صعوبة؟ أو تحبى شخص يشرح إيه اللى بيحصل زى سالى أم ١٨ سنة مثلاً؟ أو شخص ثانى؟ إزاى تقدر تخليكى تشوفى إن دى طريقة مختلفة يا سالى أم ٦ سنين؟

المريضة: أنا مش عاوزة أتكلم مع ماما، لأنها حتصرخ فىَّ وبس.

المعالج: عاوزة نفسك الكبيرة، ١٨ سنة تشرح لك يا سالى أم ٦ سنين؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس.. ممكن تتخيلى إن ماما بتتمشى فى المطبخ، وسالى ال١٨ سنة ماشية فى المطبخ؟ وأنت عاوزاها تكون فين؟

المريضة: تكون جنبى.. أفتكر.

المعالج: جنبك جدًا؟

المريضة: تومئ).

المعالج: خلينا نشوف سالى ال١٨ سنة تتكلم مع سالى ال٦ سنوات خليهـــا تســأل سالى الصغيرة، إيه الموضوع؟

المريضة: إيه الموضوع؟ (أنا حاسة أنى غبية، مقدرش أعمل حاجة صح).

المعالج: وسالى أم ١٨ سنة قالت إيه؟

المريضة: لا.. أنت مش غبية، الواجب ده صعب، دى مش غلطتك أنت مش غبية.

المعالج: وبعدين سالى الصغيرة تقول **إيه**؟

المريضة: لكن لازم أكون عارفة الواجب ده.

المعالج: خلى سالى الكبيرة تتكلم معاها.

المريضة: لا، دا مش حقيقي. أنت مش لازم تكونى عارفاه أنت كنت غائبة، أنـــت ما تعلمتيش الطريقة. الحقيقة دى غلطة المدرس اللى أعطاك واجب مـــن غير ما يشرحه لك.

المعالج: يا ترى سالى أم ٦ سنين صدقتها؟

المريضة: شوية.

المعالج: هى سالى الصغيرة عاوزة تسأل عن إيه؟

المريضة: ليه كل حاجة لازم تكون صعبة؟ ليه مش عارفة أعمل حاجة صح؟

المعالج: طيب. سالى الكبيرة تقول إيه.

المريضة: أنت بتعملى حاجات كثيرة صح. حاجات زى أوراق الحساب، وتعرفـــى تلبسى هدومك لوحدك، وتلعبى بيسبول.

المعالج: يا ترى إيه رأى سالى الصغيرة؟

المريضة: (بس أنا ما أعرفش ألعب بيسبول كويس، روبرت بيلعب أحسن منى).

المعالج: ويا ترى سالى الكبيرة تقول إيه؟

المريضة: اسمعى.. هو أشطر منك فى البيسبول، بس هو أكبر منك، ولما كان فى سنك كان زيك بالضبط، وأنت حتبقى أحسن بس اصبرى.

المعالج: وسالى الصغيرة حاسة بإيه دلوقت؟

وحينما تقرر المريضة أن ذاتها الصغيرة قد أصبحت أقل حزنًا يبدأ المعالج بتغليف التمرين مثلاً: (فيه حاجة ثانية عاوزة تسأليها لسالى الكبيرة يا سالى الصغيرة؟). وإذا قررت المريضة أنها ما زالت متضايقة، يحاول المعالج مسلكًا آخر؛ فمثلاً:

المعالج: خلينى أتكلم مع سالى الصغيرة (٦ سنوات). يا سالى الصغيرة أنت لسه حزينة، ليه لسه بتعتقدى أنك ما تقدريش تعملى حاجة صح؟

المريضة: (تفكر) ماما بتقولى كده.. هى صح.

المعالج: مش عاوزة تتكلمى معاها؟

المريضة:(بتردد) مش عارفة.

المعالج: إيه رأيك نلعب أدوار؟ يا سالى الصغيرة، أنت حتمثلى ماما وأنا حا مثلك، ابدأى أنت، تظاهرى أنك داخلة المطبخ وأنا با أعمل الواجب بتاعى.

المريضة: سالى.. يالله على السرير دلوقت.

المعالج: لكن يا ماما أنا لازم أخلص الواجب بتاعى وإلا حيكون فيه مشكلة.

المريضة: إيه حكايتك بالضبط، أنت غبية ولا إيه؟

المعالج: لا أنا مش غبية، المدرس غلطان، الواجب ده صعب.

المريضة: إذا كان صعب، يبقى العيب فيكى. يعنى معناها إنك غبية.

المعالج: لا يا ماما دا مش حقيقي، أنت عاوزانى أكبر وأنا معتقدة أنى غبيــة ومــا أعرفش أعمل أى حاجة صح؟

المريضة: (تسكت قليلاً) لا.لا أنا مش باعتقد أنك غبية، أنا مش عاوزاك تفكــرى كده لما تكبرى.

المعالج: أمّال ليه بتقولى علىَّ غبية لو ده مش صحيح؟

المريضة: ما كانش لازم أقول لك، دا مش حقيقى.

المعالج: طب ليه عملت كده.

المريضة: (تسكت).. مش عارفة، أنا ساعات بــابقى متضــايقة، أنــا بصــراحة عاوزاكى تروحى تنامى علشان عاوزة شوية هدوء.

المعالج: يعنى تقصدى أنى مش غبية؟

المريضة: لا، لا ما أقصدش.. أنت مش غبية خالص.

المعالج: لكن فيه حاجات كثيرة أنا ما أعرفش أعملها، ما أعرفش أقرأ كويس، مــا أعرفش أركب عجلة برجلين، روبرت يعرف يعمل كل حاجة.

المريضة: لكن روبرت أكبر منك، وأنت بكرة حتعرفى تعملى كل ده.

المعالج: لكن أنت بتشخطى فىَّ كثير لما باعملش حاجة كويس، لمَّا مــا أنضــفش حجرتى كويس، أو ما أعرفش أغسل الأطباق كويس، أو لما مش بجيــب درجات كويسة فى المدرسة.

المريضة: أنا بصراحة عاوزاك تكونى شاطرة فى كل حاجة. يمكن أنــا مزوداهــا شوية، لكن دا شغلي، أنا المفروض أدفعك لقدام، إزاى حتكبــرى إذا مــا كنتيش شاطرة؟

المعالج: ماما إنتى بتدفعينى لكن بتحسسينى إنى غير كفء وبليدة وزى ما يكون ما أعرفش أعمل أى حاجة صح.. هو ده اللى أنت عاوزانى أعتقده لما أكبر؟

المريضة: لا، طبعا لا يا حبيبتى.

المعالج: أمال عاوزانى أعتقد إيه؟

المريضة: إنك زكية، وإنك تقدرى تعملى كل اللى أنت عاوزاه.

المعالج: حقيقى يا ماما إنت شايفة كده إنى زكية وأقدر أعمل أية حاجة؟

المريضة: أيوه يا حبيبتى.. أنا آسفة.

المعالج: برة اللعب دقيقة. دلوقت حاسة بإيه؟

المريضة: أحسن.

المعالج: يالله نلعب ثاني، المرة دى أنت حتلعبى دور سالى الصغيرة قاعدة على ترابيزة المطبخ، تحاول مع الواجب بتاعها؟ ومركزة جامد على اللى بتفكر فيه وتحس بيه. يالله نبدأ. أنا ماما وأنا ماشية فى المطبخ وبأقول (سالى يالله على السرير) وتلعب سالى لعبة تبادل الأدوار مع المعالج لكى تعطى الفرصة لاختبار مصداقية أفكارها وخلاصة موقفها من أمها. وفى النهاية يسأل المعالج سالى أن تكتب الاعتقاد القديم الذى نشط مع هذه الذكريات والاعتقاد الجديد، وتكتب مقدار ما يعتقد فى كل منها الآن (بالنسبة المئوية)، ثم يناقشان الموقف المؤلم الحالى المتعلق بصديقتها ميمى ومجموعة الاستذكار، ويساعد المعالج سالى أن تلخص استنتاجًا أكثر واقعيةً وتكيفًا. ومع نهاية الجلسة تعتقد سالى بنسبة ٢٠% بأنها غير كفء و٧٠% بأنها كفء، وأصبحت تعتقد بتفسير بديل بأن مساهمتها فى البحث لم يكن على مستوى توقع ميمى، إلا أن ذلك لا يجعل منها فاشلة (أو غير كفء) بالمرة، وأنها إن لم تكن جيدة بالقدر المتوقع فهذا لا يعنى أنها فاشلة أو غير كفء كشخص بصورة عامة، وأن السبب الأساسى لعدم توسعها فى البحث هو أن مجموعة البحث لم يكن لديها إرشادات واضحة وعدم خبرة سالى فى العمل مع مجموعة بحثية.

والخلاصة، إن المعتقدات الجوهرية تتطلب عملاً متسقًا منظما، وأن هناك كثيرًا من الطرق والتكتيكات القابلة للتطبيق لتعديل الأفكار التلقائية والمعتقدات الوسطية قد تستعمل مع طرق أخرى أكثر تخصصًا موجهة أساسًا لتعديل المعتقدات الجوهرية.

الفصل الثانى عشر

طرق معرفية وسلوكية إضافية

لقد ذكرنا عددًا من الطرق المعرفية والسلوكية فى الفصول السابقة من بينها الأسئلة السقراطية ولعب الأدوار العاطفى والمنطقى واستمارة الاعتقاد الجوهرى والتخيل، ورصد مميزات وعيوب المعتقدات. وهذا الفصل يتناول بالوصف طرق أخرى مهمة، كثير منها ذات طبيعة معرفية وسلوكية فى آنٍ واحد. وكما سيأتى ذكره فى الفصل السادس عشر فإن المعالج يختار من هذه الطرق والتكنيكات طبقًا لتصوره عن الحالة وأهدافه فى جلسة معينة.

والطرق الموصوفة فى هذا الفصل - كما هو الحال فى كل طرق العلاج المعرفى - تهدف إلى التأثير فى تفكير المريض وسلوكه ومشاعره، وتشمل حل المشاكل، واتخاذ القرارات، والتجارب السلوكية، ورصد الأنشطة، والجدولة، والتشتت، وإعادة التركيز، والاسترخاء، وكروت التكيف (بطاقات المواجهة)، والتعرض المتدرج، ولعب الأدوار، وطريقة الفطيرة الإيضاحية، والمقارنات الوظيفية مع النفس، والعبارات الإيجابية عن النفس، هذا وتوجد طرق إضافية أخرى فى مراجع مختلفة (Beck & Emery, 1985, Mc Mullin,1986).

حل المشكلات Problem solving:

توجد لدى المرضى - بالإضافة إلى أو بالتزامن مع اضطراباتهم النفسية مشاكل حياتية حقيقية، ويسأل المعالج عن هذه المشاكل فى الجلسة الأولى مكونًا قائمة للمشكلات أو مترجمًا كل مشكلة إلى هدف إيجابى (الفصل الثالث). وفى كل جلسة يضع المعالج على الأچندة المشاكل التى صادفت المريضة فى الأسبوع الماضى أو المشاكل التى تتوقع أن تواجهها فى الأسبوع المقبل. وبينما يتخذ المعالج فى البداية دورًا نشطًا مقدمًا حلولاً إيجابية فإنه يشجع المريضة أن تقدم هى بنفسها سجل مشاكلها كلما تقدم العلاج.

وبعض المرضى يعانون من نقص فى مهارات حل المشاكل، وغالبًا ما يستفيدون من التعليمات المباشرة؛ حيث يتعلمون أن يحددوا أولاً المشكلة، ويفكرون فى الحلول ويختارون حلاً، وينفذونه ثم يقيمون فعالية هذا الحل، وكثير من المرضى قد يملكون مهارات جيدة فى هذا الصدد، وهؤلاء يحتاجون إلى خطة عملية لتقييم الأفكار المعطلة، والتى تعطل حل المشكلات.

فسالى – على سبيل المثال- كانت تعانى من صعوبة فى التركيز حينما كانت تستذكر دروسها، ولقد اقترح معالجها عدة أفكار عملية لتساعدها بدءًا بالواجبات السهلة أولاً ومراجعة الملاحظات التى كتبتها فى الدرس قبل قراءة الموضوع فى الكتاب، وكتابة الأسئلة إذا لم تتأكد من فهمه، ويتفق الاثنان على تجربة هذه الطرق للتعرف على أكثرها نفعًا فى عملية التركيز والفهم.

ولقد ظهرت مشكلة أخرى بعد عدة جلسات حينما حصلت سالى على عمل تطوعى، وهو تعليم أحد أطفال الجيران، وعلى الرغم من أن الطفل كان متعاونًا، فإن سالى لم تكن متأكدة مما يجب عليها أن تفعله. وهى تعرف عقليًا كيف تحل المشكلة، فلقد أدركت أن عليها أن تتصل بمدرس الطفل أو الوكالة التى تنسق العمل التطوعى، ولكن اعتقادها أنها لا يجب عليها أن تطلب المساعدة قد عطلها، وبعد تقييم أفكارها التلقائية ومعتقداتها عن هذا الموقف نفسه نفذت سالى الحل الذى كانت هى قد أدركته من قبل.

وكذلك نشأت مشكلة أخرى حينما كان على سالى أن تكتب ورقة بحثية لفصل دراسي. ولقد استخدم معالجها استمارة حل المشكلات (انظر شكل ١٢- ١) بالإضافة إلى الأسئلة السقراطية لكى يساعد سالى على التعرف والاستجابة الملائمة لأفكارها التلقائية ومعتقداتها المعطلة، والتى ساعدت سالى على تأجيل عملها.

إن حل بعض المشكلات يمكن أن يشتمل على تغيرات حياتية مهمة، فإنه يمكن بعد تقييم حذر لموقف ما، أن ينصح الزوج أو الزوجة التى تتعرض للإيذاء

الشديد أن تطلب اللجوء للشرطة أو تتخذ إجراءً قانونيًا، وكــذلك مريضـــة ليســت راضية عن عملها يمكنها أن تدرس مميزات الاستمرار فى ذلك العمـــل وعيوبـــه. وإذا كانت العيوب أقوى من المميزات يمكن للمعالج أن يناقش معها إمكانية البحث عن عمل آخر أو التدريب على مهنة أخرى. ومريضة فى علاقة غير مشـــبعة أو تعيش موقفًا ما، تراجع مع معالجها إمكانية التكيف مع الوضع الحالى، وإذا لم يـــتم التقدم المطلوب يمكن التفكير فى تغيير الوضع.

استمارة حل المشكلات .Problem solving Worksheet

اسم المريضة... سالي

(حينما تتدخل الأفكار التلقائية أو المعتقدات أو المشاعر مع حل المشاكل)

١. **المشكلة:** البدء فى ورقة بحثية من منهج الاقتصاد.

٢. **المعنى الخاص: الأفكار التلقائية والمعتقدات.**

أنا لست كفئًا بالقدر الذى يسمح لى بعمل ذلك.

١. **الاستجابة للمعنى الخاص:**

أنا كفء بالقدر الذى يسمح لى بالبداية. أنا لا أعرف بالضـــبط كيـــف سأنجزه، ولكنى سأبدأ.

٤- حلول ممكنة:

- الوقوف عند الفكرة الأصلية.
- تدوين مخطط عام على الورقة (١/٢ ساعة).
- مناقشة الأفكار مع زملاء السكن.

- قراءة بعض القرارات المقترحة وكتابة ملاحظات مختصرة.
- كتابة المسودة الأولى حول العمل بدرجة (C) وليس بدرجة (A)

شكل (١٣-١) استمارة حل المشكلات Copyright 1993

by Judith. S.Beck

اتخاذ القرار Decision – Making:

من الشائع أن يجد كثير من المرضى صعوبة فى اتخاذ القرارات. وهنا يسأل المعالج أن يعدد مزايا وعيوب كل خيار على حدة، ومن ثم يساعد على تصميم نظام لوزن كل بند، ثم تستخلص النتيجة المناسبة والخيار الأفضل.

المعالج: كنت قلت إنك عاوزه مساعدة علشان تقررى حتروحى المدرسة فى الصيف أو هتلاقى شغل؟

المريضة: أيوة.

المعالج: كويس (يسحب ورقة) خلينى أوريكى إزاى تشوفى المزايا والعيوب. عمرك عملتى ده قبل كده؟

المريضة: لا.. على الأقل عمرى ما عملتها بالكتابة. أنا ساعات بأقيس المزايا والعيوب فى دماغي.

المعالج: جميل، دا حيساعدنا فى البداية. أفتكر إحنا لو كتبنا الكلام ده. حيخلى القرار أوضح، تحبى تبدئى بإيه المدرسة أو الشغل؟

المعالج: اكتبي.. مميزات العمل على يمين الصفحة وعيوب العمل على الشمال وتحت فى الصفحة اكتبى على اليمين مميزات المدرسة وعلى الشمال عيوب المدرسة فى الصيف.

المعالج: كنت بتفكرى فى إيه؟ تقدرى تكتبى بعض الأفكار دى – المميزات

والعيوب فى أنك تلاقى شغل فى الصيف فى أعلى الصفحة على اليمين؟ (تكتب المريضة الأفكار التى كانت لديها من قبل.. وتسأل بعض الأسئلة لتساعدها) إيه رأيك فى أن البحث عن عمل يخليكى تشعرى بالتغير، بتعملى حاجة مختلفة، دى مش تعتبر ميزة؟

المريضة: نعم (نكتب).

المعالج: إيه رأيك إن الشغل يمكن يحرمك من الأجازة؟

المريضة: لا أنا حا دور على شغل يسمح لى بأنى أقضى الأسبوعين الأخيرين من الأجازة مع أسرتى.

ويستمر المعالج والمريضة فى هذه العملية حتى تشعر المريضة أنها كتبت جانبى الصفحة كما ينبغى، ثم يكرران العملية مع الخيار الثاني. وفحص المميزات والعيوب بالنسبة لموضوع المدرسة الصيفية قد يذكر المريضة ببعض البنود الإضافية لعملية إيجاد عمل، وكذلك تراجع المريضة بنود موضوع العمل حتى ترى أن ما كان يقابلها من بنود تتناسب مع موضوع الدراسة الصيفية.

وبعد ذلك يساعد المعالج سالى على تقييم البنود.

المعالج: سالى.. دا كويس خالص. دلوقت عاوزك توزنى البنود بطريقة ما.. ممكن تقدرى أهمية كل بند من صفر إلى ١٠ أو تحطى دائرة على كل بند مهم.. إيه رأيك؟

المريضة: أحط دائرة على ما أظن.

المعالج: خلينا نبص على لستة (الشغل) إيه أهم حاجة بالنسبة لك؟ (نضع دائرة حول بعض البنود فى كل عمود من شكل (١٢ –٢). خلينا نبص على اللى حطيتى حواليه دائرة، إيه رأيك؟

المريضة: واضح أن العمود المعضلة فى حكاية شغل الصيف هو إنى ألاقى شغل،

لأنى لو لقيت شغل، حا أحب أعمل فلوس، وأشعر بأنى منتجة وكمان يدينى راحة من الدراسة.

المعالج: لازم نفكر شويا مع بعض فى الطريقة اللى حتدورى بها عن الشغل وبعدين نراجع اللستة دى ونشوف إيه اللى هيحصل.

مميزات العمل فى الصيف	**عيوب العمل فى الصيف**
١- كسب المال	١- وجوب البحث عن العمل
٢- اكتساب الخبرة	٢- عدم وجود وقت للتسلية
٣- نوع من التغيير فى نمط الحياة	٣- يمكن أن لا أحب هذا العمل
٤- أقابل أناسًا مختلفين	
٥- يجعلنى أشعر بأنى منتجة	
٦- إضافة السيرة الذاتية	

مميزات المدرسة الصيفية	**عيوب المدرسة الصيفية**
١- سوف تكون هناك صديقتان	١- لن أكسب مالاً، بل ستكلفنى مالاً
٢- سوف يزيح عنى مساق فصل الخريف	٢- لن أكتسب أى خبرة جديدة
٣- عندى وقت فراغ كثير	٣- نفس الشىء الذى أفعله الآن
٤- أنها كمية محدودة من الدراسة	٤- لن تجعلنى أشعر أنى منتجة
٥- أسهل من البحث عن عمل	٥- لا توجد إضافة للسيرة الذاتية

الشكل (١٢-٢) تحليل سالى للميزات والعيوب

وفى نهاية المناقشة، يتأكد المعالج من أن المريضة سوف تستخدم هذه الطريقة مرة أخرى.

المعالج: يا ترى إيه رأيك فى الطريقة دى، إنك تكتبى كل المزايا والعيوب وتوزنيها كويس، يا ترى شايفاها مفيدة؟ ممكن تفكرى فى أى قرار عاوزة تتخذيه وتستخدمى نفس الطريقة؟ حتفكرى تعمليها إزاى؟

التجارب السلوكية:

إن التجارب السلوكية تختبر مصداقية أفكار المريضة أو اقتراحاتها بطريقة مباشرة، وتعتبر طريقة مهمة للتقييم سواءً استخدمت بمفردها أو مع الأمثلة السقراطية. هذه التجارب يمكن أن تجرى فى المكتب أو خارجه، وهذا مثال على ذلك:

المعالج: يعنى أنت بتعتقدى بقوة ٩٥% أنك مش بتقدرى تركزى كويس فى القراءة يا ترى دا طول الوقت وألا بعض الوقت؟

المريضة: كل الوقت.

المعالج: إيه رأيك لو نختبر الفكرة دى دلوقت حالاً. أنا عندى جريدة النهارده أهه رأيك نبص على الموضوع ده: خلانى عصبى جدًا- هو عن إزاى حيذودوا فاتورة الكهرباء ثاني. (يختار المعالج موضوعًا قصيرًا يعتقد أن المريضة سوف تفهمه بلا مشكلة).

المريضة: ما شى (تقرأ الموضوع).

المعالج: خلاص؟ إيه رأيك؟ يا ترى حيرفعوا الفاتورة؟ يعنى استهلاكنا هيزيد.

المريضة: مش كده. الكاتب عمل قضية علشان يغطى تكاليف إعادة مد الأسلاك بعد العاصفة الشديدة اللى حصلت فى الصيف.

المعالج: وممكن تكونى صح. أنا دائمًا باكون شكاك بطريقة تلقائية لما أى مصلحة عامة تقترح زيادة تكلفتها. على أى حال، إيه رأيك دلوقت فى فكرتك عن نفسك إنك مش قادرة تركزى؟

المريضة: أفتكر أنى ممكن أكون أحسن عن ما أنا فاكرة عن نفسى.

أمثلة للأفكار التلقائية الأخرى التى يمكن أن تختبر فى المكتب:

الأفكار التلقائية	التجارب السلوكية
- أنا لا أعرف ماذا أقول له.	- تلعب المريضة دور نفسها و يمثل المعالج الطرف الآخر.
- لا أستطيع حتى أخذ موعد مع الدكتور.	- تجرى المريضة مكالمة تلفونية من المكتب
- لا يوجد أى عمل أنا مؤهلة له.	- تراجع المريضة إعلانات العمل مع المعالج فى المكتب.
- لو أنى أصبت بدوار أكثر فسوف أموت	- تستجلب المريضة الدوار أو الدوخة من خلال سرعة التنفس بينما تلف الكرسى بسرعة (Clark, 1989).

وكذلك تشمل الواجبات المنزلية التجارب السلوكية التى يساعد فيها المعالج كما يلي:

١. تعبر المريضة عن توقعات سلبية، ويقترح المعالج أن تختبر ذلك على مدار الأسبوع.

٢. يقرر الاثنان كيف ومتى وأين سوف تختبر المريضة أفكارها. ويقترح المعالج تغيرات إذا احتاج الأمر لتعظيم فرصة النجاح.

٣. يسأل المعالج المريضة كيف سيكون رد فعلها إذا أكدت التجربة صدق أفكارها حتى يهيآن استجابة مقدمًا.

وها هو مثال على ذلك:

المعالج: سالى- أنت عندك فكرة وصورة إنك مربوطة اللسان فى الفصل لدرجة أنك ما تقدريش تسألى المدرس سؤال (ويسأل المعالج سالى كما ورد فى الفصل الثامن عن الدليل والدليل المضاد وما هى أسوأ الفروض وما هى النتيجة الواقعية المتوقعة.. إنه يبدو أن سالى تستطيع أن تعبر عن نفسها، ولكن ليس بصورة تامة) أيه رأيك تجربى الأسبوع ده، تختبرى الفكرة دى (أنك ما تقدريش تسألى سؤال فى الفصل)؟

المريضة: طبعًا حاكون متوترة.. بس هحاول.

المعالج: تحبى تجربى فى أى حصة؟ إيه أكثر حاجة سهلة بالنسبة لك كأول مرة؟

المريضة: حصة الأدب أفتكر.

المعالج: يا ترى عندك فكرة عن السؤال اللى عاوزة تسأليه؟

المريضة: (تفكر لحظة) فيه حاجة مش فاهماها. كنا بنقرأ قصة عن إنجلترا فى القرن ال ١٨. مش عارفه أن كانت طبيعة العائلة اللى فى الرواية أنها بتعامل المرأة كجزء من الممتلكات، أو علشان الطبقة الاجتماعية وألا المجتمع كله كان بيفكر كده!

المعالج: سؤال كويس.. يا ترى حتقدرى تقوليه إزاى للمدرس؟

المريضة: مش عارفة.. ممكن أقول مثلاً.. عائلة شارلوت عاملتها على أنها ممتلكات يا ترى كان المجتمع كله كده، وألا العيلة دى بس أو علشان طبقتها الاجتماعية؟

المعالج: كويس.. سؤال زى ده حيكون اختبار كويس للفكرة اللى عندك (أن لسانك

مربوط) لو قلتيه كويس يبقى عظيم، ولو لقيتى أنك مش قادرة يبقى حنتكلم فى الموضوع ده الأسبوع الجاي. خلينا دلوقت نفترض أنك حتلاقى بعض الصعوبات إيه الفكرة اللى ممكن تكون بتدور فى دماغك ساعتها؟

المريضة: إنى بليدة

المعالج: أفتكر، إنه من الأفضل أن إحنا نحضرك للحكاية دى دلوقت علشان ما تضايقيش بعدين. ماشى؟ (يساعد المعالج سالى على تقييم هذه الفكرة مستخدمًا الأسئلة السقراطية ومكونًا بطاقات التكيف.

ولقد اختبرت سالى افتراضات أخرى مستخدمة التجارب السلوكية خارج الجلسات، وتشمل الآتى:

- إذا تكلمت (مع صديقتى فى الصف) قبل الحصة، سوف تسكتنى.
- إذا ذهبت إلى الأستاذ فلن يساعدنى.
- إذا ذهبت إلى الحفلة مساء السبت، سوف يكون وقتًا عصيبًا.
- إذا حاولت قراءة الفصل الثانى عشر، فلن أفهمه.
- حتى لو بدأت العمل فى الورقة البحثية فلن أقدر على إكمالها.

رصد الأنشطة وجدولتها:

إن خريطة الأنشطة هى ببساطة خريطة أو جدول بأيام الأسبوع فى أعلى الصفحة، وأما الساعات فتكون على يمين الصفحة، ويبين الشكل (١٣-٣) شكلاً قد أكمل جزئيًا. وهذا الجدول يمكن أن يستخدم بطرق مختلفة مثل رصد أنشطة المريضة اليومية وقياس وتحليل الأنشطة السارة والمهارات، وقياس المشاعر السلبية، وجدولة الأنشطة السارة أو الأعمال المتزاحمة واختبار التوقعات.

ويمكن للمعالج أن يسأل المريضة أولاً أن ترصد نشاطاتها لجمع

المعلومات المهمة. وكما هو الحال مع كل تكليف يقدم المعالج أولاً شرحًا لمعنى التكليف حتى تقتنع المريضة به وتتفهمه، ثم يبدأ التكليف في الجلسة لمعرفة المعوقات إن وجدت. وهذا التكليف ينبغى أن يكون فى مرحلة مبكرة من العلاج أى فى الجلسة الثانية أو الثالثة. وقد تكون المعلومات المقدمة غير ذى قيمة، ولكن التغيرات اللاحقة فى أنشطة المريضة غالبًا ما تؤدى إلى تحسن مزاجها بصورة ملحوظة.

المعالج: من وصفك، واضح إنك بتعانى من أوقات عصيبة لما تبدأى تعملى أى عمل، ومش مبسوطة من نفسك الأيام دي، مظبوط؟

المريضة: أيوة.

المعالج: يا ترى يكون من المفيد إنك ترصدى نشاطاتك دى فى الجدول ده، علشان نشوف الأسبوع الجاى أنت بتقضى وقتك إزاى وتعملى تقدير لنشاطاتك علشان تشوفى قد إيه بتشعرى بالسرور والإحساس بالإنجاز من اللى بتعمليه.

المريضة: ماشى.

المعالج: افترض أن إحنا نعمل مقياس للسرور علشان يكون عندك إرشادات تساعدك فى قياس نشاطك دلوقت على مقياس من صفر – ١٠. إيه النشاط اللى حا تعتبريه (١٠)؟ النشاط اللى بيعطيكى أقصى إحساس بالسرور أو اللى بتعتقدى أنه يعطيكى أقصى إحساس بالسرور؟

المريضة: آه.. افتكر أنى أجيب (A) فى البحث.

المعالج: كويس.. اكتبى (A) على ورقة بحث فى الجدول.

المريضة: ماشى.. (نفعل ذلك).

المعالج: دلوقت إيه اللى حاتعتبريه (صفر)؟ نشاط ما بيدكيش أى إحساس بالسرور؟

المريضة: المذاكرة لامتحان الكيمياء.

المعالج: كويس.. اكتبى (صفر) لمذاكرة امتحان الكيمياء، إيه النشاط اللى ممكن نديله (٥) فى المقياس بتاعنا.

المريضة: افتكر.. العشا مع زميلتى فى الغرفة.

المعالج: كويس.. اكتبي.. وإيه رأيك ٣ و ٧؟

وإذا استطاعت المريضة أن توافق الأنشطة مع الأرقام، فإن هذه النقاط الخمس الوتدية تكون كافية. ويمكن للمعالج أن يعطى واجبًا منزليًا للمريضة بأن تملأ بقية الأرقام أو تتركها خالية. وإذا وجدت صعوبة فى مقياس درجة سرورها، يستطيع المعالج بالتعاون معها أن يقررا ما يلي:

١- أن يملِأ المقياس فى أثناء الجلسة.

٢- أن يغيراه إلى منخفض - متوسط - عال.

٣- الرجوع إلى ذلك فى جلسة لاحقة.

وفى بعض الأحيان تضع المريضة علامة (صفر) لنشاط معين على حين أن هذا النشاط لا يستحق هذا التقدير المتطرف، وفى هذه الحالات يمكن للمعالج أن يستفسر عن دقة الحكم، أو يستطيع الكشف عن نفسه بعض الشيء (يعنى تنظيف الحمام يأخذ درجة صفر يا ترى فيه حاجة أسوأ؟ أنا مثلاً لما أتخانق مع حد أو أصرخ فى أولادى وخصوصًا لو ميستحقوش يعتبر "صفر" بالنسبة لى).

وبعد ملء مقياس السرور بطريقة كافية، يمكن للمريضة أن تملأ مقياسًا للإنجازات بنفس الطريقة.

المعالج: دلوقت خلينا نعمل مقياس للإنجازات المقررة - يعنى إحساسك أنك عملت حاجة أو حققت هدف بعد نشاط معين.

المريضة: (تفكر لحظة) تحديد مشكلة حقيقية فى الكيمياء.

المعالج: إيه اللى حيكون (صفر).

المريضة: يعنى مفيش إحساس بالإنجاز؟ ما أعرفش.. يمكن مسح الحمام ممكن يكون حاجة أو أنى أشوف فيلم سيئ فى التلفزيون.

المعالج: وإيه اللى ممكن يكون (٥).

المريضة: آه.. موازنة دفتر الشيكات (تملأ المريضة فى الجدول).

المعالج: ده.. كويس خالص. خلينا نطبق الكلام على اللحظة دي. إحنا دلوقت الساعة ١١ صباحًا اكتبى (العلاج النفسي) وتحت الإنجاز (إ) أو السرور (س) تكتبى الدرجة. دلوقت قد إيه حسيتى بالإنجاز من الجلسة دى؟

المريضة: حوالى (٥).

المعالج: والسرور.

المريضة: حوالى (٤) (نكتب فى المقياس).

المعالج: كنت بتعملى إيه فى الساعة اللى قبل ما بتيجى للعلاج النهارده؟

المريضة: كنت بأذاكر فى المكتبة.

المعالج: اكتبى (المذاكرة فى المكتبة) فى العمود اللى قبل العلاج واكتبى الإنجاز (إ) والسرور (س) ودلوقت بصى على المقياس. إيه درجة الإنجاز التى حسيتيها فى الساعة دى؟ وقد إيه درجة السرور؟

المريضة: خلينا نشوف.. إحساس بالإنجاز كان ضعيف جدًا (صفر) يمكن.

المعالج: يعنى المذاكرة فى المكتبة زى مشاهدة فيلم رديء فى التلفزيون؟

المريضة: لا، طبعًا أفتكر أنى عندى إحساس بالإنجاز شويه، يعنى حوالى (٢).

المعالج: والسرور؟

المريضة: كان بالضبط زى مذاكرة الكيمياء.

المعالج: ماشى.. اكتبى الأرقام دى. (يملأ المعالج والمريضة أعمدة أكثر تحت الاستذكار حتى يطمئن المعالج أن المريضة أصبحت قادرة على تقدير الدرجات بدقة أكثر) دلوقت.. عرفتى حتعملى إيه كويس.

المريضة: نعم.

المعالج: تفتكرى ليه إحنا بنبذل مجهود علشان نعمل الحكاية دي؟

المريضة: أيوه.. يمكن دى هتساعدنى أنى أكون منظمة أكثر، وأشوف الوقت بيروح فى إيه.

المعالج: وتقدير الإنجاز والسرور؟

المريضة: ما أعرفش.

المعالج: تفتكرى لو ألقينا نظرة على كل الأسبوع، ممكن نتعلم حاجة؟ يعنى مثلاً إيه الأنشطة اللى لازم تعمليها أكثر -أقل؟ أو إيه الأنشطة اللى اتعودت تعمليها، وكانت بتسبب لك سرور ودلوقت مش بتعمليها؟ إيه الأنشطة اللى بتديكى إحساس ضعيف بالإنجاز والسرور مع أنها كانت زمان بتديلك إحساس أجمل؟

المريضة: نعم.

المعالج: أفضل حاجة إنك تملى الكلام فى وقت قريب جدًا من وقت إنهاء النشاط بقدر الإمكان. علشان ما تنسيش اللى عملتيه وتكون درجاتك دقيقة. ولو ده مستحيل، ممكن تحاولى تملى الكلام فى وقت الغداء أو العشاء أو قبل ما تنامى؟

المريضة: إنشاء الله مفيش مشكلة.

المعالج: ولو قدرت تمليه كل يوم. علشان يدينا كل المعلومات الممكنة. وحتى لو عملتيه يومين بس. حايدينا فكرة، دلوقت فكرى فى أى عقبة ممكن تقف فى سبيل عمل الكلام ده؟ أى مشاكل عمليه أو أفكار؟

المريضة: أنا بس ممكن أنسى أعمل الكلام ده ساعات.

المعالج: فيه أى مشاكل ثانية؟

المريضة: لا.. هأقدر أعمله إن شاء الله.

المعالج: دلوقت، عاوزك تراجعى الأنشطة فى اليوم اللى قبل الجلسة أو فى يوم الجلسة نفسها. ولو عندك ملاحظات تكتبيها فى الأسفل أو فى ظهر الورقة.

المريضة: ماشى.

المعالج: إيه رأيك تكتبى الكلام فى كراسة الواجب، وكل واحد يأخذ نسخة؟

المريضة: ماشى.

جدول الأنشطة

الوقت	اليوم ١	اليوم٢	اليوم٣	اليوم٤	اليوم٥	اليوم٦	اليوم٧
٨-٩ ص	الروتين الصباحي ا=٢ ،س=صفر						
٩-١٠ ص	المذاكرة ا=٢ ،س=صفر						
١٠-١١ ص	الجلسة العلاجية ا=٥ ،س=٤						
١١-١٢ ص	الجلوس بالخارج ا=١ ،س=٣						
١٢-١ م	الغذاء ا=١ ،س=٣						
١-٢م	درس الكيمياء ا=٣ ،س=٣						
٢-٣م	↓						
٣-٤م	المذاكرة ا=٢ ،س=١						
٤-٥م							
٥-٦م	↓						
٦-٧م	العشاء ا=٢ ،س=٤						
٧-٨م	التلفاز						

	ا=٢ ،س=٢						
٨-٩م	↓						
٩-١٠م	↓						
١٠-١١م	↓						
١١-١٢م	↓						
نوم							

الشكل ١٢ - ٣ جدول . Copyright 1995 by Judith beck

مقياس الإنجاز	مقياس السرور
صفر مشاهدة فيلم ردىء	صفر.. مذاكرة الكيمياء للامتحان
١	١
٢	٢
٣ تنظيف مكتبى	٣ ركوب دراجتى حول المجمع السكني
٤	٤
٥ موازنة دفتر الشيكات	٥ تناول العشاء مع صديقتي
٦	٦
٧	٧
٨ الانتهاء من ورقة أدب، الانجليزى	٨ الفوز فى مباراة البسبول

الشكل ١٢، ٣ تابع

مراجعة جدول الأنشطة (الأسبوع التالى)

يراجع المعالج والمريضة جدول الأنشطة، ناظرين إلى الأسلوب، ومن ثم استخلاص النتيجة كما يلى:

١. ما الأنشطة التى مثلت بقوة لتعود إلى حياة متوازنة؟ وما هى التى لم تمثل بالقدر الكافي؟ وهل تقضى المريضة وقتًا معقولاً فى الأنشطة ذات علاقة بالعمل أو الدراسة أو الأسرة أو الأصدقاء أو اللهو والرياضـــة البدنيـــة أو الأنشطة الروحية أو الثقافية أو العقلانية؟

٢. ما الأنشطة الأعلى من حيث المقدرة أو الإنجاز والسرور؟ وهـــل علـــى المريضة أن تزيد من معدل هذه الأنشطة؟

٣. ما الأنشطة الأقل فى المقدرة والإحساس بالإنجاز والسرور؟ وهـــل هـــذه الأنشطة مملة بطبيعتها، ولذا يجب تخفيض معدلها؟ أو أن المريضة تشعر بالإحباط عند أداء أنشطة مشجعة بسبب أفكارها التلقائيـــة؟ وهنـــا علـــى المعالج أن يعمل على العلاج المعرفى بدلاً من التوصية فقـــط بتخفـــيض معدل هذه الأنشطة.

وفى الحوار التالي، يراجع المعالج جدول الأنشطة مع سالي، مشجعًا لهـــا على استنتاجاتها، على أنه ينبغى أن تنظم وقتها أكثر من ذلـــك، ويشـــجعها علـــى الالتزام بعمل تغيرات معينة مستنبطًا الأفكار التى يمكن أن تعطلها عن إجراء هذه التعديلات واصفًا أفكارها بأنها قد تكون مجرد تكهنات يمكن التحقق منها.

المعالج: أنا شايف إنك مليتى الجدول فى كل الأيام. دا كويس خالص. يا ترى كان عندك فرصة تلقى نظره عليه؟

المريضة: أيوه. أنا لاحظت إنى بأقضى وقت كبير فى السرير عن الأول.

المعالج: ويا ترى الرقاد فى السرير بيديك سرور وإحساس بالإنجاز؟

المريضة: لا بالعكس، معدلاتى كانت أقل بسبب الرقاد فى السرير.

المعالج: كويس. دى معلومات كويسة وقيمة، زى ما يكون كل الناس المكتئبين بيفتكروا أنهم حيتحسنوا لو فضلوا فى السرير لكن بعدين بيكتشفوا أن أى حاجة أحسن من الرقاد فى السرير. ياترى اتعلمت حاجة ثانية.

المريضة: أيوه أنا انتبهت إنى كنت متعودة أخرج كثير مع صحابى ونروح أماكن كثيرة، لكن دلوقت بقيت من بيتى للكلية للمكتبة وبس، وأرجع تانى عالبيت.

المعالج: يا ترى دا يديكى فكره عن أى تغييرات محتمله ممكن تعمليها الأسبوع الجاى؟

المريضة: أيوه. عاوزه أقضى وقت شوية أكثر مع الناس، لكن معنديش طاقة.

المعالج: يعنى. حتكون النتيجة أنك تنامى فى السرير؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس.. دى فكرة مهمة خالص عندك (أنا ما عنديش طاقة علشان أقضى وقت أطول مع الناس)، اكتبى الكلام

وتعالى نقيم الفكرة دى ونشوف قد إيه هى صحيحة.

المريضة: أيوه ممكن أعمل خطة إنى أقضى وقت أطول مع أصدقائى، وأشوف إن كنت حاقدر.

المعالج: كويس فيه أى ميزه للحكاية دى؟

المريضة: يمكن أشعر بتحسن.

المعالج: ممكن تخيلى نفسك أنك النهاردة مساء، وشايفه بعض الأصدقاء وبتفكرى (أنا ممكن أروح واسألهم حتعملوا إيه النهارده). إيه ثانى بيدور فى دماغك؟

المريضة: جايز مش عاوزينى أكون معاهم.

المعالج: كويس.. تقدرى تشوفى قد إيه الفكرة دى ممكن تعطلك من أنك تقربى منهم؟ إزاى تجاوبى على الفكرة دي؟

المريضة: مش عارفة

المعالج: عندك أى دليل أنهم مش عاوزينك تخرجى معاهم؟

المريضة: لا.. الحقيقة إلا إذا كان عندهم مشاوير ثانية أو شغل.

المعالج: إزاى تقدرى تعرفى أن الفكرة دى (ما يحبوش يخرجوا معايا) فكرة حقيقية؟

المريضة: ممكن أسألهم وأشوف.

المعالج: كويس.. إذن لوجت الفرصة تقدرى تختبرى فكرتين. الأولى إنك ما عندكيش طاقة علشان تقضى وقت مع الناس. والثانية إن أصدقاءك ما يحبوش يخرجوا معاكي.. مظبوط؟

المريضة: نعم.

المعالج: يا ترى عاوزة تتكلمى بصورة خاصة إمتى وفين وإزاى حتقضى وقت مع أصدقائك؟

المريضة: لا.. بعدين هاحدد بينى وبين نفسي.

المعالج: إيه رأيك.. نحط فى كراسة الواجب، إنك تكتبى أى أفكار تلقائية ممكن تعطلك عن خطة مقابلة الأصحاب؟

المريضة: ماشى.

المعالج: فيه حاجة ثانية لاحظتيها غير إنك بتقضى وقت كبير فى السرير، ووقت قليل مع الأصدقاء؟

المريضة: أيوه.. أنا باتفرج كثير على التلفزيون مع أنى ما باستمتعش بيه.

المعالج: فيه حاجة ثانية ممكن تحاولى تعمليها بدل الفرجة على التلفزيون الأسبوع ده؟

المريضة: أنا حقيقى مش عارفه.

المعالج: أنا لا حظت أنك ما بتقضيش وقت كافى فى الأنشطة الجسمانية مظبوط؟

المريضة: أيوه.. أنا كنت متعودة أجرى وأعوم كل أسبوع.

المعالج: وإيه اللى عطلك اليومين دول؟

المريضة: يعنى حاسة أنى تعبانه، وحاسة أنى مش حا أنبسط.

المعالج: إيه رأيك تعملى رياضة أكثر الأسبوع ده؟

المريضة: (تومئ وتكتئب).

المعالج: يا ترى.. إيه احتمالات أنك حتعملى خطة للخروج مع أصحابك وتلعبى رياضة أكثر الأسبوع ده؟

المريضة: آه.. إنشاء الله حا أعمل كده.

المعالج: إيه رأيك تكتبى الكلمة فى جدول الأعمال الفاضي، علشان يكون عندك التزام أكثر؟

المريضة: لا.. أنا مش محتاجة للكتابة.. أنا هأعمل من غير حاجة.

المعالج: يا ترى تحبى الأسبوع الجاى تملى جدول جديد للأنشطة اليومية أو تخلى الجدول ده وتبصى عليه ثانى وتحاولى تنفذى اللى قلنا عليه؟

المريضة: لا أنا حا أفضل مع ده، وأحاول أنفذ اللى قلنا عليه.

فى هذا السياق، يقود المعالج سالى أن تخرج بنتيجة ما من ملاحظة نشاطاتها الأسبوعية، ويحتاج بعض المرضى إلى مزيد من المساعدة أكثر من غيرهم. (مثلاً: هل لاحظت كم الوقت الذى تقضينه فى الفراش؟ ما تقييمك لذلك؟ وهل لديك خطط للتغيير سوف تحاولينها هذا الأسبوع؟). هنا يحاول المعالج أن يوحى لسالى أن تقوم ببعض التغييرات، ويساعدها على التعرف على أفكارها التلقائية التى يمكن أن تعطلها، ثم يحاول أن ينتزع موافقتها لاختبار توقعاتها السلبية ويعطيها حرية الاختيار لرصد نشاطاتها فى الأسبوع القادم وعند مراجعة الأنشطة، يكون المعالج منتبهًا للأفكار التلقائية المعطلة، والتى يمكن أن تؤثر فى مقدرة المريضة على الاستمتاع بها أو إتقانها. وحينما يلاحظ أن العلامات المرصودة لنشاط معين هى أقل مما توقع حينئذ يبحث المعالج عن الأفكار التلقائية التى تنشط فى أثناء هذا النشاط.

المعالج: أنا ملاحظ هنا تحت (الواجب المنزلى فى المكتبة) إمبارح إنت أعطيت (١) للاتجار و (١) للسرور كنت بتعملى إيه ساعتها؟

المريضة: آه.. أنا كنت باشتغل فى ورقة اقتصاد.

المعالج: واضح إن الدرجات اقل بكثير من أى نشاط ثانى فى الأسبوع

المريضة: أيوه.

المعالج: تقدرى تفكرى إيه اللى كان بيدور فى دماغك وأنت بتشتغلى فى الورقة دى؟

المريضة: لا.. مش فاكره.

المعالج: ممكن تتخيلى نفسك دلوقت فى المكتبة؟ كانت الساعة واحدة إمبارح، كنت قاعدة فين بالضبط؟

المريضة: فى صالة الدور الرابع، على تربيزة صغيرة كدة.

المعالج: ممكن تتخيلى نفسك قاعدة هناك دلوقت؟ أنت بتقرى ولا بتبحلقى فى ورقتك، ولا إيه؟

المريضة: أنا مسنودة على الخلف بابحلق فى الورقة.

المعالج: حاسة بإيه.

المريضة: قرفانة.

المعالج: وإيه اللى بيدور فى مخك؟

المريضة: أنا ماليش نفس أعمل الورقة، دى مملة، أنا مش عارفة أعمل فيها حاجة.

المعالج: كويس.. أنت بدأت فى الشغل الساعة (واحده ونصف) بعد الظهر إيه إللى بيحصل د لوقت؟

المريضة: أنا كتبت حوالى نصف صفحة، أنا بافكر "إيه تضييع الوقت ده، ودا صراحة غباء، أنا مش هاأقدر أكمل".

المعالج: وإيه شعورك؟

المريضة: قرفانة.

المعالج: علشان كدة درجاتك كانت قليلة شفتى إزاى أن أفكارك أثرت على مشاعرك؟

المريضة: نعم أنا اتهيأ لى إنى كنت باكره نفسى فى الشغل اللى باعمله.

المعالج: تفتكرى كان إيه شعورك لو قلتى لنفسك (كويس أنا خلصت نص الصفحة ومش قادرة أكمل.. على العموم أنا خلصت الجزء الأصعب)؟

المريضة: كان ممكن يكون شعورى أحسن من كدة.

المعالج: إيه رأيك الأسبوع ده. لما تلاحظى أنك مكتئبة تحاولى تغيرى أفكارك وتسجلى مشاعرك بعد كدة؟

المريضة: ماشى.

المعالج: دلوقت.. لو رجعت الكراسة النشاط اليومى تقدرى تشوفى أى مثال ثانى أثرت فيه أفكارك على مشاعرك أو إنجازك.

فى هذا الجزء يستخدم المعالج جدول الأنشطة لكى يتعرف على المواقف التى أثرت فيها الأفكار التلقائية على الإحساس بالسيطرة والشعور بالرضا. وقد استخدم طريقة التخيل لكى يساعد المريضة على تذكر الأفكار التلقائية، وأوضح كيف أن الأفكار الأخرى يمكن أن تؤثر فى مشاعرها بطريقة إيجابية. وأخيرًا فقد أعد واجبًا منزليًا للمريضة حتى تستطيع أن ترصد أفكارها التلقائية، وكذلك يتساءل المعالج عما إذا كانت هناك أى نشاطات أخرى خلال الأسبوع الماضى يمكن أن تكون قد اصطبغت بالأفكار السلبية.

قياس المزاج باستخدام جدول الأنشطة:

قد يكون من المفيد لبعض المرضى استخدام جدول الأنشطة للتحقق من حدوث مشاعر معينة أو مزاج معين. فعلى سبيل المثال يمكن لمريض مصاب بعصاب القلق أن يملأ الأنشطة المختلفة مع درجة القلق من(صفر إلى ١٠). وكذلك يمكن لمريض دائم التوتر والغضب أن يفعل الشىء نفسه واصفًا مقياس للغضب من (صفر إلى ١٠ش). واستخدام مثل هذه المقاييس يكون نافعًا بصفة

خاصة للمرضى الذين لا يلاحظون التغيرات الطفيفة فى مشـاعرهم. أو بالنسـبة للمرضى دائمى التهويل أو التقليل من وصف مشاعرهم، وكذلك مرضـى التغيـر السريع فى المشاعر يمكن أن يجدوا نفعًا فى تسجيل أنشطتهم والمشاعر والمشاعر السائدة التى اختبروها مع كل نشاط.

جـدولة الأنشطة:

ويمكن لنفس جدول الأنشطة أن يستخدم فى تنظيمها؛ فبـدلاً مـن رصـد وتسجيل الأنشطة أثناء الأسبوع، يمكن للمريضـة أن تخطـط وتكتـب أنشـطتها المتوقعة للأسبوع القادم (مثل الأنشطة السارة لمرضى الاكتئاب) ، والأعمال التـى يجب أن تنجز، والاجتماعيات وواجب العلاج المنزلى و الرياضة أو الأنشطة التى كانت تتجنبها فيما سبق. ويمكن للمعالج أيضًا أن يسأل المريضة عن جدول مـواز (راصدًا) كما سبق وصفه، مسجلة إذا كانت قد حققت كل الأنشطة الموضوعة فـى الخطة أم بعض منها ويمكن للمعالج – إذا رأى ذلك مفيدًا – أن يجعـل المريضـة تتنبأ بدرجة من الإحساس بالسيطرة والسرور أو درجة مشاعر معينة ثـم تسـجل الدرجة الحقيقة التى شعرت بها، ويمكـن لهـذه المقارنـات أن تكـون مصـدرًا للمعلومات المفيدة.

المعالج: خلينا نلقى نظره على تنبؤاتك فى جدول الأنشطة الأول، وبعـدين نسـجل المشاعر الحقيقية اللى شعرت بها فى الجدول التالى:

المريضة: (تومئ).

المعالج: خلينا نشوف.. واضح إنك كنت متوقعة درجات ضعيفة جدًا تقريبًـا مـن (صفر إلـى ٣) للمـرات الثلاثـة اللـى خططـت فـيهم أنـك تقـابلى أصحابك..عاوز أشوف اللى حصل فعلاً.

المريضة: الحقيقة أنا قضيت وقت أفضل كما كنت متوقعة، مقياس السرور عنـدى كان من (٣ إلى ٥).

المعالج: ودا بيعرفك إيه؟

المريضة: أفتكر إنى مش متنبئة كويسة، أنا افتكرت أنى مش حا استمتع، لكن استمتعت، على الأقل شوية.

المعالج: تحبى تجدولى بعض النشاطات الاجتماعية للأسبوع الجاى ده؟

المريضة: الحقيقة أنا فعلاً عملت كدة..أنا عملت خطة مع بعض أصحابى للأسبوع الجاى.

المعالج: تقدرى تتوقعى اللى ممكن يحصل؟ فى الحقيقة اللى كان بيحصل قبل العلاج كنت دائمًا تتوقعى إنك حتقضى وقت سخيف مع أصحابك وعلشان كده ماعملتيش أى خطة أو كنت بتسخفى خططهم، لكن واضح أن حكاية جدول الأنشطة والواجب المنزلى ساعدك أنك تعرفى أنة ماكانش وقت سخيف ولا حاجة وبعدين أنت بنفسك عملت خطة للخروج معاهم الأسبوع الجاي....صح؟

المريضة: نعم...أنا بدأت أعرف أنى كان عندى توقعات سلبية كثيرة، وده بيفكرنى إنى أكلمك فى أحد التوقعات اللى طلع أسوأ.

المعالج: ماشى.. إمتى الكلام ده.

المريضة: أنا توقعت أنى هاجيب (٤) فى الإحساس بالسرور والسيطرة لما رحت أجرى فى نهاية الأسبوع لكن سجلت فى الحقيقة (١).

المعالج: عندك فكرة ليه؟

المريضة: لا فى الحقيقة.

المعالج: كان إيه إحساسك وأنت بتجري؟

المريضة: غالبًا حزينة.

المعالج: وكان إيه اللى بيجرى فى مخك؟

المريضة: مش عارفة...أنا ما كنتش حاسة إنى كويسة أنا كنت حاسة بدوخة ما أقدرش أقولك كانت صعبة قد إيه.

المعالج: يا ترى كان عندك فكرة زى دى (أنا دايخة...دا صعب جدًا)؟

المريضة: أيوة.... زى كدة.

المعالج: فى حاجة ثانية دارت فى دماغك.

المريضة: أنا فاكرة قد إيه كانت سهلة فى الأول كان ممكن أجرى ميلين أو ثلاثة بدون أى دوخة.

المعالج: عندك تخيل أو تصور عن الحالة دى ساعتها؟

المريضة: نعم..أنا شكلى وحش دلوقت، فعلاً صعب على أنى أكون فى الصورة الكويسة..أنا مش ممكن هارجع تانى للصورة الكويسة.

المعالج: كويس.. خلينى أشوف لو كنت فهمت هنا فى مكتبى أنت توقعت إنك حتكونى مبسوطة لو خرجت للجرى، لكن واضح أنك ماكنتيش مبسوطة كثير لما بدأت تجرى زى ما يكون جات لك أفكار حرمتك من الإحساس دة زى (ده صعب) (أنا دايخة) (أناعمرى ماهرجع للياقتى ثاني) والأفكار دى خلاتك حزينة مش كدة برضه وألا إيه ؟

المريضة: نعم.

وفى هذا الجزء الأخير يستخدم المعالج جدول الأنشطة كوسيلة للتعرف على مجموعة من الأفكار التلقائية التى كانت تقلل من إحساس المريضة بالمتعة من أى نشاط تقوم به.. وفى الجزء القادم سوف يساعدها على تقييم الفكرة الجوهرية (أنا ممكن هارجع لشكلى الأول تاني). وسوف يعلمها أيضًا إن تقارن نفسها بما كانت عندما كانت فى أسوأ نقطه لها بدلاً من المقارنة بأفضل نقطة.

التشتت (الإلهاء) وإعادة التركيز:

Distraction and refocusing

وكما ورد فى الفصل الثامن فإنه من الأفضل للمريضة أن تقيم أفكارها التلقائية فى اللحظة وتعدل تفكيرها بعد ذلك. وفى مواقف كثيرة تكون هذه الاستراتيجية غير متاحة، وهنا نلجأ لاستراتيجيات أخرى مثل إعادة التركيز، والتشتت (أو الإلهاء) أو نسخ الكروت وتغيير طريقة إعادة التركيز نافعة بصفه خاصة من المواقف التى تتطلب قدر من التركيز فى العمل، مثل الانتهاء من واجب منزلى أو الانخراط فى محادثة أو أثناء القيادة. يعلم المعالج المريضة أن تركز فى العمل الحالى وأن تحول انتباهها عمدًا إلى التقرير الذى تكتبه أو ما يقوله محادثها أو إلى الطريق الذى أمامها.. ويراجع المعالج هذه الاستراتيجية مع المريضة حتى يظهر كيف استطاعت التركيز فى الأسبوع الماضى، وكيف نستطيع ذلك فى المستقبل؟

المعالج: كويس.. فيه طريقة لما تشعرى بالقلق فى الصف إنك تحاولى تجاوبى على أفكارك.. لكن فيه طريقة أحسن إنك تحاولى توقفى التفكير وتركزى على اللى بيحصل فى الصف. يا ترى عملتى ده قبل كده يعنى بذلتى مجهود علشان تركزى فى الصف؟

المريضة: آه.. يمكن.

المعالج: عملتى كده إزاى؟

المريضه: يمكن يساعدنى كثير لو بدأت اكتب ملاحظات.

المعالج: كويس.. إيه رأيك الأسبوع ده لو حاولتى تتخلصى من القلق أثناء الحصة أما إنك تحولى أفكارك أو تحاولى تركزى فى الدرس أو تكتبى ملاحظات كثيرة أو تعملى كل الطرق دى مع بعض.

المريضة: حاضر.

المعالج: يا ترى هتفتكرى إزاى انك تعملى كده؟

وفى أحيان أخرى حينما تكون مشاعر المريضة مزدحمة، ولا يكون لديها عمل حالى بين يديها قد يكون الإلهاء أو تحويل الانتباه نافعًا. ومرة أخرى يحاول المعالج إظهار ما نفع المريضة فى الماضى، ويقترح عليها بعض الطرق للمستقبل.

المعالج: إنت عملتى سجل الأفكار المعطلة، لكنك لسة حاسة بالقلق؟

المريضة: نعم

المعالج: ممكن بعدين فى الجلسة دى نشوف ليه إنت ما بتشعريش بتحسن بعد سجل الأفكار المعطلة، لكن دلوقت أنا عاوز أسألك عن إيه ثانى اللى تقدرى تعمليه علشان نقلل من مشاعر القلق؟ ماشى؟

المريضة: آه.. آه ده ممكن يساعدنى.

المعالج: سالى.. تقدرى تقولى إيه اللى بتعمليه علشان تلهى نفسك لما تشعرى بالحزن أو الضيق.

المريضة: أروح أفتح التلفزيون.

المعالج: وده بيساعدك ؟

المريضة: ساعات أنسى نفسى وأشعر بتحسن، وساعات لا.

المعالج: إيه ثانى بتعمليه؟

المريضة: ساعات أمسك الجريدة أو أحل الكلمات المتقاطعة. بس ده مش بيساعدنى فى كل الأحيان.

المعالج: فيه أفكار ثانية؟

المريضة: لا..

المعالج: خليني أقول لك بعض الحاجات اللي الناس الثانية وجدتها نافعة. لازم تجربي طريقة أو اثنين منهم الأسبوع ده مثلاً انزلي امشي مشوار أو اجري أو اتصلي بصديقة بالتليفون رتبي دولابك أو مكتبك أو رتبي الرفوف، أو حاولي تظبطي دفتر شيكاتك، أو روحي للبقال، أو روحي لزيارة جارتك إيه رأيك؟ تجربي حاجة من دي الأسبوع ده؟

المريضة: أفتكر الجري ممكن يكون مفيد، أنا أتعود عليه.

والحل الأفضل للتغلب على الحزن ليس فقط بدفع الأفكار المحزنة من أذهاننا بالتركيز أو الإلهاء. والمرضى يحتاجون لوسائل متعددة لتخفيف أحزانهم. خصوصًا إذا كان التركيب المعرفي غير فعال أو عملي، ولكن بعض المرضى يعتمدون عليها اعتمادًا كليًا بدلاً من تقييم أفكارهم التلقائية ومحاولة تعديلها. وفيما يلي مناقشة بهذا المعنى:

المعالج: يعني.. اللي بتقوليه إنك بتحاولي أنك تطردي أفكارك عن ذهنك لما تشعري بتوتر أو حزن.

المريضة: نعم.

المعالج: وهل يا ترى الأفكار دي بتتلاشى من مخك نهائيًا؟

المريضة: لا.. دائمًا بترجع ثاني.

المعالج: يعني أنت ما بتردديش الأفكار دي بره عقلك أنت بتدفعيها في مؤخرة عقلك لغاية ما تلاقي فرصة ثانية وتظهر في المقدمة وتخليك بائسة؟

المريضة: يتهيأ لي كده.

المعالج: يا ريت الأسبوع الجاي ده تبطلي ترفضي الأفكار دي أو تحاولي تهرب منها عن طريق الإلهاء أو إعادة التركيز وتحاولي تقييمي الأفكار زي ما تعلمتي قبل كدة.

المريضة: هاحاول.

المعالج: حتى لو كان من المستحيل أنك تعملى سجل الأفكار المعطلة فـــى الوقــت المناسب ممكن تعمليه أول ما تلاقى وقت.

الاسترخاء:

يستفيد كثير من المرضى من تمارين الاسترخاء والموصوفة بالتفصيل فى مواضع أخرى (Bensan, 1975). وكما هو حال التكنيكات التى وردت فـــى هــذا الكتاب فإن تقنيات الاسترخاء ينبغى أن تعلم، وأن تمارس فى أثناء الجلسات حيــث يمكن التعامل مع المشاكل ويمكن تقييم الفاعلية. وينبغى أيضــا علـــى المعـــالج أن يكون منتبهًا إلى أن بعض المرضى يختبـــرون تـــأثيرًا معاكسًـــا - أى يصـــابون بالتوتر- من تمارين الاسترخاء (Clark, 1989) وكما هو الحال فى كـــل التقنيـــات يقترح المعالج على المريضة أن تحاول تمارين الاسترخاء على سبيل التجربة؛ فإما أن تساعد على خفض التوتر أو تؤدى إلى أفكارًا مقلقة يمكـــن تقييمهـــا ومحاولـــة تعديلها.

بطاقات التكيف Coping Cards:

بطاقات التكيف هى فى العادة بطاقات بحجـــم ٣ ×٥ ســـم تحـــتفظ بهـــا المريضة بالقرب منها (فى درج المكتب، أو فى جيبها، أو حقيبتها أو تعلـــق فـــى مرآة الحمام، أو الثلاجة أو تابلوه السيارة). وتشجع المريضة على قراءتها بصـــفة منتظمة (٣ مرات يوميًا) أو عند الحاجة. وتأخذ هذه الكروت عدة أشكال نورد منها ثلاثة أمثلة مثل: كتابة الأفكار التلقائية المعطلة على ناحيـــة واســـتجاباتها التكيفيـــة الإيجابية على الناحية الأخرى. أو إعداد استراتيجيات ســـلوكية لاســـتخدامها فـــى مواقف معينة أو كتابة تعليمات ذاتية لتنشيط المريضة.

بطاقة التكيف (١) الأفكار المعطلة - الاستجابات التكيفية حينما لا تستطيع

المريضة تقييم أفكارها المزعجة أو حينما تفشل طرق الإلهاء أو تحويل الانتباه يمكن للمريضة أن تقرأ بطاقة التكيف(انظر شكل ١٢- ٤ و ١٢- ٥)، والتى أعدتها المريضة مع المعالج، وأنه لمن المستحسن أن تقرأ المريضة هذه الكروت بصفة منتظمة حتى تستطيع إدماجها فى تفكيرها.

المعالج: تفتكرى أنه من المفيد أن يكون عندك بطاقة (كارت) تقرأ فيه علشان يفكرك إزاى تستجيبى للفكرة دى (أنا ما أقدرش أعمل ده لما تكونى بتدرسى فى كتابك الاقتصاد).

المريضه: نعم.

المعالج: إيه رأيك تاخدى الكارت ده وتكتبى (أنا ماأقدرش أعمل ده) على ناحية من الكارت.

المريضة: (تفعل ذلك).

المعالج: دلوقت.. إللى ناقشناه حالاً، حيكون كويس إنك تفتكريه.

بمتابعة المناقشة، تكتب المريضة أهم النقاط على الجانب الآخر من البطاقة، ثم يناقش المعالج والمريضة متى يكون من المفيد قراءة البطاقة مثلاً ساعة الإفطار أو الغداء أو العشاء أو فى أوقات استراتيجية فى أثناء النهار، قبل أن تجمع كتبها لتذهب إلى المكتبة أو حينما تجلس فى المكتبة أو حينما تواجه نصًا صعب الفهم.

بطاقة التكيف (١)

الجانب (١) الأفكار التلقائية أنا لا أستطيع عمل ذلك

الجانب (٢)

الاستجابة التكيفية:

حسنًا، ربما أشعر أنى لا أستطيع عمل ذلك، ولكن من الجائز ألا يكـون ذلك حقيقيًا فكثير من المرات فى الماضى شعرت أنى لا أستطيع فهم موضـوع، ولكنى فى الحقيقة حينما أبدأ بفتح الكتاب والشروع فى القراءة، أسـتطيع فهمـه على الأقل إلى حد ما. ربما يكون صعبًا ولكن ليس بالصورة التى يستحيل على فهمها. **أسوأ** ما يمكن أن يحدث أن أبدأ فى القراءة، ولا أسـتطيع الفهـم حينئـذ يمكن أن أتوقف عن القراءة أو أسأل شخصًا ما أو أعمل شيئًا آخـر بـدلاً مـن قراءته. هذا أفضل بكثير من عدم المحاولة. إن الأفكار السلبية تقلل من دوافعى، ينبغى أن أبدأ وأتحدى هذه الفكرة.

بطاقة المواجهة (١٢-٤) استراتيجيات المواجهة أو التكيف

ونوع آخر من بطاقات التكيف يرصد التكنيكات المختلفة التـى يمكـن أن تستعين بها المريضة فى المواقـف الصـعبة (شـكل١٣-٥)، وينشـئ المعـالج والمريضة مثل هذه البطاقة بالتحالف معًا حتـى تسـتطيع المريضـة أن تتـذكر الاستراتيجيات التى نوقشت فى أثناء الجلسة. يسأل المعالج المريضة إيه اللى ممكن نعمله فى موقف معين، ثم يضيف افتراضاته ثم تكتب المريضة البطاقة مسـتخدمة ذات الأفكار التى تظنها نافعة بالاتفاق مع المعالج.

المعالج: إحنا اتكلمنا عن أمور كثيرة ممكن تعمليها لما تشعرى بالقلق الشـديد إيـه رأيك تكتبى الكلام على كارت ممكن تستخدميه كمفكرة؟

لمريضة: نعم.

المعالج: هنا كارت إيه رأيك تكتبى فوق (الاستراتيجيات الواجب اتباعها عند الشعور بالقلق). دلوقت تحبى تكتبى إيه تحت العنوان ده؟

بطاقة المواجهة (٣) تعليمات لتنشيط المريض

حينما تشعر المريضة بالكسل وعدم التحفز، يمكن لبطاقة المواجهة أن تنشطها (الشكل ١٢-٥). ومرة أخرى تنشأ هذه البطاقة بالتعاون بين المعالج والمريضة سالى – تفتكرى أنه من المفيد أن تكتبى على كارت، الأمور التى ناقشناها عن الذهاب لأستاذك؟ وقد يحتاج المعالج لقضاء بعض الوقت محفزًا المريضة لقراءة البطاقة، باستعراض مزايا وعيوب قراءتها، وتحديد الأوقات التى ينبغى أن تلجأ لقراءتها، ومحاولة التعرف على الأفكار التلقائية التى تعوق استخدام مثل هذه البطاقة ومحاولة تقويمها.

بطاقة التكيف (٢)

استراتيجيات لمواجهة القلق

١. عمل سجل الأفكار المعطلة

٢. قراءة بطاقات المواجهة

٣. الاتصال بصديق

٤. الذهاب إلى المشى أو الجرى

بطاقة التكيف (٣)

حينما أريد أن أسأل الأستاذ المساعدة

١- أذكر نفسى أنه ليس بالشيء الصعب، أسوأ ما يعمله أن يكون فظًا معي.

٢ - تذكرى أن هذه مجرد تجربة إذا لم تنجح فسأستفيد منها فى المرات القادمة.

٣- إذا كان فظًا معي، ربما لأنه لا يستطيع الإجابة عن أسئلتى أو يكون مشغولاً جدًا أو يكون متطابقًا مع أمور أخرى.

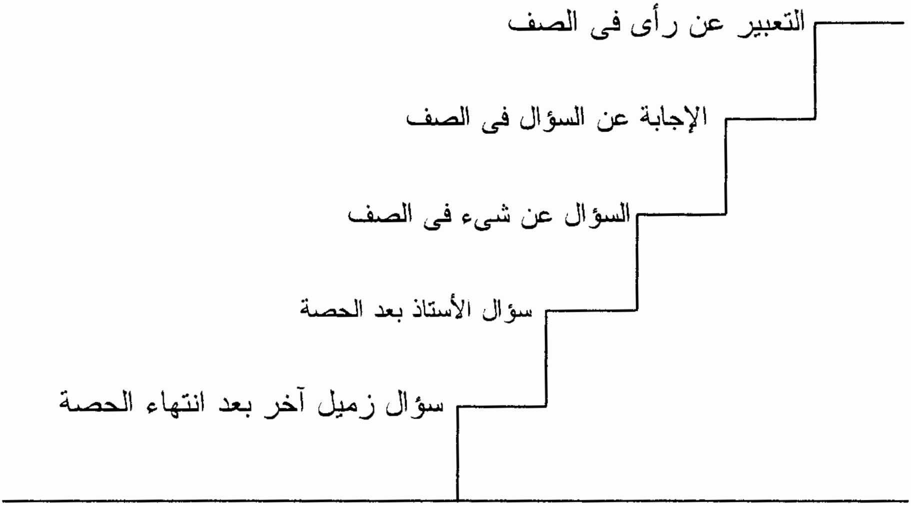
٤- حتى إذا لم يرد مساعدتي، فذلك عيب فيه كأستاذ وليس عيبا فىَّ كتلميذة، إنه يعنى أنه لا يقوم بعمله على الوجه الأكمل.

٥- ولذلك فسوف أذهب الآن وأدق على باب مكتبه - تذكرى على أسوأ الفروض أنها مجرد تجربة.

الشكل ١٢ـ ٥ (بطاقات التكيف ٢، ٣)

التعرض التدريجى Graded Exposure:

لكى تصل إلى هدف ما، فإنه عادة ما يكون ضروريًا أن تنجز عددًا من الخطوات فى الطريق. ويميل المرضى للارتباك حينما يدركون كم هم بعيدون عن تحقيق أهدافهم بدلاً من التركيز فى الخطوة الحالية، ويكون الرسم التصويرى للخطوات مطمئنا للمريض (انظر شكل (١٢ -٦).



الشكل ١٢ ـ ٦ تقسيم الهدف إلى خطوات

المعالج: سالى، واضح إنه مخيف بالنسبة لك إنك تتكلمى طواعية فى أثناء الحصة ولكن تتمنى تعملى كده؟

المريضة: نعم.

المعالج: إيه رأيك نقسم الهدف ده إلى عدة خطوات، فمثلاً ممكن تبدأى بسؤال زميل بعد الدرس، أو سؤال الأستاذ.

المريضة: اتهيأ لى أقدر أعمل كده.

المعالج: إيه ممكن تكون الخطوة التالية (يساعد المعالج سالى على التعرف على الخطوات الموجودة فى الشكل ١٢-٦)

المعالج: لسه برضه خايفة تفكرى تتكلمى فى الفصل؟

المريضة: أيوه شويه.

المعالج: (يرسم السلم) كويس.. هنا موجود اللى لازم تفتكريه. هتبدأى من أسفل السلم هنا، تعملى حاجة صعبة شوية وبعدين هتشعرى بالراحة من الخطوة دى قبل ما تبدأى الخطوة اللى بعدها وهكذا ودايمًا تذكرى قبل ما تبدأى الخطوة الأخيرة أنك تخطيت كل الخطوات اللى فاتت بنجاح.. كويس.

المريضة: آه.

المعالج: يعنى.. كل مرة تبدأى تفكرى فى الهدف النهائي، تذكرى السلم ده. وشوفى نفسك أنت على أى درجة من درجات السلم وتذكرى أن السلم بيطلعوه درجة درجة، تفتكرى ده ممكن يقلل من القلق شويه؟

يقترح المعالج عمومًا أن تبدأ المريضة بنشاط مرتبط بقدر قليل أو متوسط من القلق، والتمرن على هذه الخطوة يوميًا أو حتى عدة مرات فى اليوم حتى يقل قلق المريضة بدرجة ملحوظة، ثم تحاول الخطوة التالية فى التسلسل الهرمى حتى تستطيع عمل ذلك بسهولة وبدون قلق.

ويمكن للمعالج مع المريضة أن يناقشا تكنيكات مختلفة لاستخدامها قبل وأثناء وبعد كل عمل، مثل: سجل الأفكار المعطلة، بطاقات المواجهة، تمارين الاسترخاء... إلخ. وبالنسبة لمرضى الانعزال المرضى avoidant فإن التسميع السرى (الفصل الرابع عشر) للتعرف على الأفكار المعطلة أو التهرب من أداء الواجب المنزلى يكون نافعًا، وكذلك قد يجد المعالج أن المريضة تميل إلى عمل الأنشطة بطريقة متدرجة على التسلسل الهرمى إذا طلب منها تعبئة استمارة

الأنشطة. ويمكن استخدام استمارة أنشطة بيضاء أو بيان مرسوم بواسطة المريضة. ويكون البيان بسيطًا مسجلاً عليه التاريخ والنشاط ودرجة القلق أو يمكن أن يكون أكثر إيضاحًا (انظر الشكل ١٢ -٧) وفى البيان الأكثر توضيحًا يمكن للمريضة أن تسأل أن تسجل نشاطها، وأن تعبرعن توقعاتها التى لم تتحقق، وهذا العمل يذكر المريضة بعدم دقة كثير من أفكارها، ويوجد وصف تفصيلى لهذه العملية يستخدم فى إنشاء تسلسل هرمى للخوف من الأماكن العامة فى مصادر كثيرة (مثل: Gold Stein & Beck, 1987).

التاريخ	النشاط	توقع درجة القلق (٠-١٠٠)	درجة القلق الحقيقية	التوقعات	الوسائل التكيفية
٤/٤	سؤال المدرس فى الفصل	٨٠	٥٠	أنا غير قادرة على ذلك. لن أستطيع فتح فمى. سوف يسخر منى الجميع.	١- سجل الأفكار المعطلة قبل الحصة. ٢- قراءة بطاقات المواجه قبل الحصة.

الشكل(١٢ - ٧) بيان من صنع العميل

لعب الأدوار: Role playing

يستخدم تكنيك لعب الأدوار فى مجالات مختلفة، ويوجد وصف للعب الأدوار على مدار هذا الكتاب، ويشمل ذلك لعب الأدوار للكشف عن الأفكار التلقائية أو لتكوين استجابة منطقية، أو لتعديل المعتقدات الجوهرية والوسطية، وكذلك تستخدم طريقة لعب الأدوار فى تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية.

وبعض المرضى لديهم بصفة عامة مهارات اجتماعية ضعيفة أو يكونون

ذوى كفاءة عالية فى أسلوب معين من التواصل، ولكنهم يفتقرون إلى المهارة التى تجعلهم قادرين على تعديل ذلك الأسلوب إذا تطلب الأمر.

فسالى على سبيل المثال تتمتع بكفاءة شديدة فى المحادثات الاجتماعية العادية أو تلك المواقف التى تتطلب تعاطفا مع الآخرين أو المجاملة، ولكنها تفتقر إلى المهارة فى المواقف التى تتطلب توكيد الذات. وهنا يلعب المعالج مع سالى لعبة الأدوار حتى تتدرب على الحزم وتوكيد الذات (Assertiveness)، وتعتبر هذه المهارة إحدى الأغراض التى يريد معالجها أن تتحقق لديها.

المريضة: أنا مش عارفة حتى إزاى أبدأ أتكلم مع أستاذى.

المعالج: كويس.. أنت عاوزاه فعلاً يساعدك فى فهم المصطلح، صح؟ تقدرى تقولى له إيه؟

المريضة: ما أعرفش.

المعالج: إيه رأيك نلعب أدوار (تمثيلية يعنى) أنا حا خد دورك وأنت حتلعبى دور الأستاذ ممكن تلعبى الدور زى ما أنت متخيلاه.

المريضة: ماشى.

المعالج: أنا حا أبدأ.. لو سمحت أستاذ (فلان) ممكن تشرح لى المصطلح ده.

المريضة: (بفظاظة) أنا شرحت الكلام الأسبوع اللى فات فى الدرس.. أنت كنت فين؟

المعالج: فى الحقيقة أنا كنت موجودة، لكن ما أقدرتش أفهمه كويس.

المريضة: خلاص.. روحى اقرأى الدرس فى الكتاب

المعالج: أنا فعلاً عملت كده. بس برضه ماقدرش أفهمه كويس. علشان كده أنا بأسألك.

المريضة: إيه اللى مش فاهماه؟

المعالج: أنا حاولت أفكر فى سؤال محدد قبل ما أجى لحضرتك، تشرحه فى دقيقتين علشان أقدر أفهمه بطريقتي.

المريضة: تعرفى.. أنا ما عنديش وقت دلوقت. ممكن تسأل أى حد ثانى فى الصف؟

المعالج: أنا عاوزه أعرفه منك أنت بصراحة، علشان كده أنا جيت فى وقت مقابلاتك المكتبية، لو ماكنش عندك وقت. دلوقت ممكن أجى ثانى يوم الخميس فى وقت المقابلات المكتبية.

المريضة: دى حاجة بسيطة، ممكن تسألى أى تلميذ زميلك.

المعالج: أنا هاحاول أسأل حد، لكن إذا ما فهمتش أو احتجت مساعدة هاجى ثانى يوم الخميس.. ما شى... خارج الدور.. خلينا نراجع أنا عملت إيه وبعدين نتبادل الأدوار.

وقبل أن يعلم المعالج المريضة أية مهارة اجتماعية، عليه أولاً أن يقدر درجة المهارة عند المريض. وكثير من المرضى يعرفون جيدا ماذا يفعلون وماذا يقولون، ولكنهم يجدون صعوبة فى استخدام هذه المعرفة بسبب الافتراضات الخاطئة (مثلاً: إذا عبرت عن رأيى فسوف يحرجنى الآخرون، أو إذا أكدت ذاتى فسوف يتأذى الشخص الآخر، أو يفقد أعصابه أو يظن أننى خرجت عن الخط). وثمة طريقة لتقييم المهارات هى أن تجعل المريض يفترض مردودًا إيجابيًا (إذا علمت أن مساعد الأستاذ سيكون سعيدًا بالتحدث إليك فماذا تقولين؟) إذا شعرتى أن من حقك أن تطلبى المساعدة فماذا تقولين؟ إذا عرفتى أن الأستاذ سوف يتراجع، ويدرك أنه لم يكن منطقيًا حين رفض مساعدتك فماذا تقولين؟

وهناك دليل آخر على أن المشكلة تتعلق بالأفكار الخاطئة أكثر مما تتعلق

بنقص المهارات، وهو استخدام المريضة لذات المهارة فى مواقف أخرى. فـيمكن لمريض أن يكون واثقًا من نفسه فى العمل ولكن ليس مع أصدقائه، وفى هذه الحالة قد (لا يحتاج المعالج إلى اللجوء إلى ذلك لكشف الأفكار التلقائية عند هذا المريض أو لكى يتبين مدى صحة توقعه لمشاعر وأفكار الآخرين حينما تتبادل الأدوار).

استخدام طريقة الفطيرة الإيضاحية Pie Chart:

إنه لمن المفيد دائمًا أن يرى المرضى أفكارهم فـى صـورة تخطيطيـة. والفطيرة الإيضاحية (Pie Chart) يمكن ان تستخدم لأغراض كثيرة مثل مسـاعدة المرضى على إعداد الأهداف أو تحديد مسئولية نسبية لنتيجة معينة، وسوف نوضح المثالين فى الشكل (١٢ – ٨).

تحديد الأهداف Setting Goals:

حينما تواجه المريضة صعوبات فى التعرف على مشاكلها والتغيرات التى تريد إنجازها فى حياتها أو حينما تفتقر إلى البصيرة فى إدراك الخلل فـى حياتهـا فإنه يمكنها الاستفادة من رسم تصويرى لتصوراتها المثالية مقابل استنزافها الحقيقى للوقت.

المعالج: واضح أنك عارفة أن حياتك مش متوازنة، ولكنـك مـش عارفـة إزاى تتغيرى.

المريضة: صحيح.

المعالج: إيه رأيك لو رسمنا فطيرة إيضاحية (pie chart) علشان نوضح الكلام ده شوية؟

المريضة: ما شى.

المعالج: إحنا هانعمل رسم لحياتك دلوقت، ورسم ثـانى لحيـاة مثاليـة، وفكرى كويس قد إيه الوقت اللى بتضيعيه فى كل منطقة.

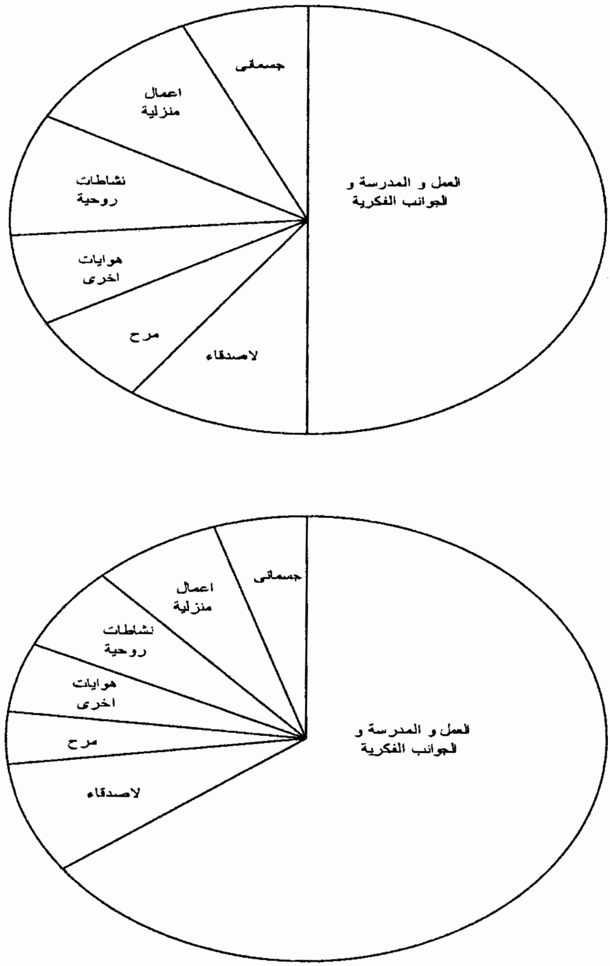
العمل/المدرسة	العناية بصحتك الجسمانية
الأصدقاء	العناية بالمنزل والأمور المنزلية
التسلية	العناية بأمورك الروحية والثقافية
الأسرة	والجانب العقلي
الاهتمامات الأخرى	

المعالج: ممكن ترسمى دائرة وتقسميها علشان آخذ فكرة إزاى بتقضى وقتك دلوقت..

المريضة: تفعل ذلك.

المعالج: ما شى. وبعدين إيه التغير اللى وجدتيه عن العالم المثالى؟

المريضة: كويس.. أفتكر إنى لازم أشتغل أقل، ممكن أكون محتاجة لشوية فرفشة.. أقضى بعض الوقت مع الأصدقاء، أزود الرياضة شويه، أقضى بعض الوقت متطوعة فى المدارس الابتدائية.



الشكل (١٢ـ ٨) استخدام الفطيرة الإيضاحية لإعداد الأهداف

المعالج: إزاى ده باين على الفطيرة الإيضاحية المثالية.

المريضة: (تملأ الفطيرة المثالية) لكن أنا خايفة إذا قضيت وقت أقل فى العمل. حالتى حتبقى أسوأ فى المدرسة.

المعالج: خلينا نكتب الشعور ده دلوقت أنت ممكن تكونى على حق فى الحالة دى لازم تذاكرى كمية المذاكرة اللى بتذكريها دلوقت. وممكن تكونى غلطانة. ممكن لو قللتى المذاكرة شوية وفرفشتى عن نفسك أكثر مزاجك حيتحسن وأداءك فى المدرسة يتحسن؟ إيه رأيك؟

المريضة: مش متأكدة.

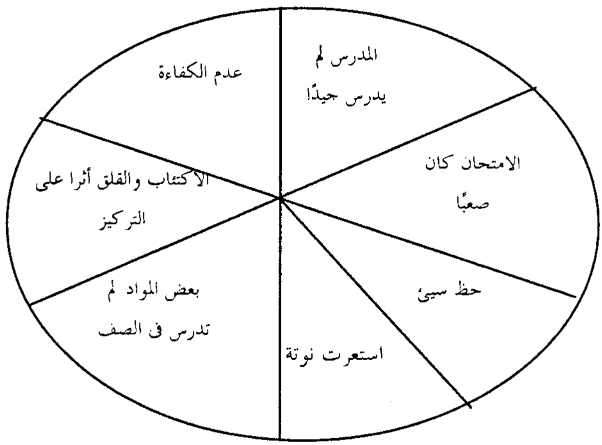
المعالج: على كل حال إحنا نقدر نجرب ونشوف إيه اللى هيحصل؟

المريضة: أنا عارفة – الحقيقة – إنى مش باذاكر كويس اليومين دول.

المعالج: إذن، ممكن لو رجعت حياتك ثانى للتوازن المطلوب وتحصلى على نتائج إيجابية أفضل بمجهود أقل (يعد المعالج والمريضة معا جدولاً لقضاء الوقت فى أهداف معينة قريبة من مثالياتها).

مراجعة العوامل المؤدية إلى السلبيات:

وثمة طريقة أخرى تسمح للمريضة أن ترى الأسباب الممكنة لضعف أدائها بطريقة مرسومة على الفطيرة الإيضاحية (انظر شكل ١٢– ٩)



(شكل ١٢–٩) الفطيرة التوضيحية للأسباب

المعالج: سالى.. قد إيه بتعتقدى إنك علشان جبتى "B" فى الامتحان فأنت مش كفء.

المريضة: ياه.. تقريبًا ١٠٠%.

المعالج: يا ترى ممكن تكون فيه أسباب ثانية ؟

المريضة: ممكن، كان فيه حاجات فى المادة دى ما أخدنهاش خالص فى الفصل.

المعالج: كويس.. فيه حاجة ثانية.

المريضة: أنا تغيبت فى درسين، واضطريت أستعير كراسات، وكانت كراسة ليزا إللى استعرتها مش قوى.

المعالج: فيه حاجة ثانية.

المريضة: ما أعرفش فيه حاجات ركزت عليها قوى فى المذاكرة وما جتش فى الامتحان.

المعالج: يعنى ما كنتيش محظوظة قوى فى الحكاية دي؟

المريضة: لا.. وكمان ذاكرت حاجات قليلة من اللى جات فى الامتحان.. كان تخمينى خاطئ.

المعالج: فيه أى أسباب ثانية توضح ليه ما جبتيش فى الامتحان زى ما أنت عاوزه؟

المريضة: آ آ.. مش عارفه.

المعالج: هل كل الزملاء عملوا كويس فى الامتحان؟

المريضة: ما عرفش.

المعالج: يا ترى تقدرى تقولى إنه كان امتحان صعب.

المريضة: طبعًا.. صعب جدًا.

المعالج: تقدرى تقولى إن الأستاذ شرح المادة كويس؟

المريضة: لا ما أعتقدش، كنت مضطرة أعتمد على قراءاتى أنا، مرتين سمعت

ناس بتقول إحنا مش قادرين نتابع اللى بيقوله.

المعالج: يا ترى ممكن كمان يكون عندك صعوبة فى التركيز بسبب القلق والاكتئاب اللى عندك.

المريضة: بالتأكيد.

المعالج: كويس.. خلينا شوف الكلام هيكون شكله إيه على الرسم دى الدائرة (الفطيرة الإيضاحية) تعالى نقسمها إلى أقسام علشان نشوف العوامل اللى أدت إلى أنك تحصلى على (٢) فى الامتحان، وتشمل:

١. الأستاذ ما شرحش المادة كما يجب.

٢. الامتحان كان فعلاً صعبًا.

٣. حظك ما كانش كويس علشان ما ركزتيش على الحاجات اللى جات فى الامتحان.

٤. أنت استعرت كراسات من زميلتك ما كانتش معمولة كويس.

٥. كان فيه أسئلة فى الامتحان ما انشرحتش فى الفصل.

٦. قلقك واكتئابك أضعفوا تركيزك.

٧. فى قلبك إنتى حاسه إنك شخص غير كفء (تملأ المريضة البيانات على الرسم الدائرى (شكل، ١٢-٩).

المعالج: واضح أنك قسمتى الدائرة بالتساوى قد إيه أنت بتعتقدى دلوقت أنك حصلت على (C) علشان أنت شخص غير كفء؟

المريضة: أقل من ٥٠% يمكن.

المعالج: كويس.. دا تخفيض شديد.

فبفحص العوامل البديلة، جعل المعالج المريضة تقدر تأثير الأفكار المعطلة (فى هذه الحالة.. أنا غير كفء) فى النهاية جاعلاً المريضة تضع فى اعتبارها كل

العوامل الأخرى أولاً.

المقارنات الوظيفية للنفس وسجل حساب النفس الإيجابى:

يتميز المرضى النفسيون بالانحياز السلبى فى فعلنة المعلومات (information processing)، خصوصًا عند تقييم أنفسهم؛ فهم يميلون إلى ملاحظة المعطيات التى يمكن أن تفسر على أنها سلبية، ويميلون إلى تجاهل أو التقليل من شأن أو حتى نسيان المعلومات الإيجابية. بالإضافة إلى ذلك فهم غالبا ما يعقدون واحدة من مقارنتين سلبيتين أو معطلتين؛ فهم إما يقارنون أنفسهم حاليًا بما كانوا عليه قبل الإصابة بالمرض أو أنهم يقارنون أنفسهم بآخرين أصحاء لا يعانون من مرض نفسى، وهذا الانحياز السلبى يساعد على استمرار أو زيادة إحساسهم بالحزن والكآبة.

تغير المقارنة مع الذات:

وفى المشهد التالى، يساعد المعالج سالى على إدراك أن انتباهها الاختيارى السلبى ومقارنة نفسها بما قبل المرض هى مقارنة سلبية ومعطلة، ثم يساعدها بعد ذلك أن تعقد مقارنات أكثر إيجابية (مثل مقارنة الوضع الحالى بأسوأ نقطة مرت بها) والاحتفاظ بشعار إيجابى عن النفس.

المعالج: سالى.. واضح إن معنوياتك منخفضة جدًا وفكرتك وحشة عن نفسك.. تفتكرى أنت عملتى أى حاجة الأسبوع ده تستحقى عليها مكافأة؟

المريضة: كويس.. أنا خلصت بحث الإنجليزى.

المعالج: فيه حاجة ثانية؟

المريضة: آ آ آ ما أقدرش أفكر فى إيه حاجة.

المعالج: يمكن فيه حاجة مالاحظتيهاش .

المريضة: ما أعرفش.

المعالج: مثلا.. كم مرة ذهبت إلى الدروس؟

المريضة: كل الدروس.

المعالج: وده كان سهل؟ ولا أنت غصبت نفسك على التركيز؟

المريضة: هو كان صعب على أنى أروح وأركز، لكن كان لازم أروح وأركز ما حدش غيرى كان بيرغم نفسه على كده.

المعالج: أوه.. ثانى حتقارنى نفسك بالآخرين، أنت بتعملى كدة كثير؟

المريضة: آه.. أفتكر كدة.

المعالج: ويا ترى دى مقارنة عادلة؟ ويا ترى ده كان يبقى صعب عليكى برضه لو كان عندك التهاب رئوى وكنت ترغمى نفسك على حضور الدروس؟

المريضة: لا.. كان حيبقى عندى عذر قانوني، سبب للتعب.

المعالج: تمام.. ويا ترى ما عندكيش سبب قانونى إنك تكونى تعبانة دلوقت؟ ممكن تستحقى مكافأة لأنك بترغمى نفسك على الحضور وأنت تعبانة، فاكرة فى أول جلسة لما أتكلمنا عن أعراض الاكتئاب، التعب وفقدان الطاقة، وصعوبة التركيز، واضطرابات فى النوم والشهية.. وهكذا؟

المريضة: أيوه.

المعالج: وده كمان يخلينا نقول إنك تستحقى مكافأة لأنك بتحضرى الدروس وتركزى مع إنك بتعانى من الاكتئاب.

المريضة: ما فكرتش فيه بالطريقة دى.

المعالج: خلينا دلوقت نفكر فى حاجتين دلوقت، إيه اللى تعمليه لما تقارنى نفسك بالآخرين وإزاى تحتفظى بخط يخليك تعرفى الحاجات اللى تستحقى عليها

المكافأة.. كويس.. دلوقت إيه اللى بتحسبه لما تقارنى نفسك بالآخرين يعنى مثلاً لما تفكرى (مفيش حد تانى بيغصب نفسه على الحضور زى أنا).

المريضة: أشعر بالحزن الشديد.

المعالج: وإيه اللى يحصل دلوقتى لنفسك.. انتظرى لحظة من فضلك دى مش مقارنة عادلة خلينى أقارن نفسى دلوقت بأوقات ثانية كنت أسوأ من كدة بكثير. لما كنت قاعدة فى السرير عالطول وما باحضرش أى درس؟

المريضة: طبعا حاحس إنى أحسن دلوقت كثير.

المعالج: ومزاجك هيكون أسوأ؟

المريضة: لا.. هيكون أحسن بكثير.

المعالج: ممكن تعملى المقارنة دى فى الواجب الأسبوع ده؟

المريضة: حاضر.

المعالج: ممكن تكتبى الكلام ده فى كراسة الواجب (اضبط نفسى لما أقارنها بالناس العاديين وأفكرنفسى أن ده غير منطقى وأقارن نفسى بنفسى فى أوقات أسوأ من كده).

ويمكن أن تكون المريضة لديها أفكار تلقائية، وفيها تقارن نفسها بما ينبغى أن تكون (مثلاً.. أنا يجب أن أقرأ هذا الدرس بسهولة) أو بنفسها قبل أن يصيبها الاكتئاب (مثلاً.. ده كنت باعمله بسهولة زمان). ومرة أخرى يلفت المعالج انتباهها إلى مدى تحسنها عن الحالة الأولى التى كانت عليها بدلاً من مقارنة ذاتها بأحسن حالاتها السابقة أو بما ينبغى أن تكونه.

وجزء مما جرى فى المشهد السابق يعنى أن معرفة المعالج بأن سالى قد تحسنت بعض الشيء. وفى موقف آخر يجب على المعالج أن يتأكد متى كانت

أسوأ نقطة، وماذا كانت حياة المريضة عند هذه النقطة (ماذا كنت تفعلين وما لا تفعلين حينئذ؟) وإذا أجابت المريضة بأن أسوأ نقطة هى النقطة الحالية (الوقت الحالى) يعدل المعالج من توجهاته (واضح أنك بتشعرى بالحزن لما تقارنى نفسك بالآخرين أو اللى عاوزه تكونيه؟ فكرى نفسك دائمًا بأن عندنا خطوات علشان نحقق الأهداف، وأننا بنشتغل مع بعض لتحقيقها واحدة بواحدة علشان تساعدك على التحسن إذا ذكرت نفسك أن أنت وأنا بنشتغل كفريق لتحسن حالتك، يا ترى إيه تأثير ده على حالتك المزاجية؟

سجل حساب النفس الإيجابى:

سجل حساب النفس الإيجابى هو ببساطة قائمة بالأعمال الإيجابية التى تفعلها المريضة أو الأشياء التى تستحق الجزاء عليها (انظر شكل ١٢-١٠) وكما هو الحال فى كل الالتزامات يشرح المعالج الأسباب والتفسيرات أولاً:

المعالج: سالى أنا عاوز أضيف واجب منزلى واللى باعتقد أنه حيساعدك. إحنا شفنا إزاى أنت شاطرة فى حساب النفس وانتقادها وتصيد أخطاءها. دلوقتى إيه اللى بيحصل لحالتك المزاجية فى كل مرة يكون عندك أفكار مثل (لازم أعمل ده أحسن من كده) أو (أنا عملت عمل سيئ فى الموضوع الفلانى؟)

المريضة: أشعر بأنى أسوأ.

المعالج: صح.. وإيه اللى يحصل لو بدأت تلاحظى بعض الأشياء الجيدة اللى بتعمليها؟

المريضة: يمكن.. أشعر إنى أحسن.

المعالج: كويس.. ممكن تقولى : ممكن يكون معقول إنى أعطى لنفسى مكافأة لو أرغمت نفسى على إنى آجى النهاردة للعيادة لو أنا عندى اكتئاب أو التهاب رئوى، ورغم ذلك جيت وشفت المرضى وكتبت تقارير وحاجات

ثانية؟

المريضة: طبعًا.

المعالج: حتى لو أنا ما عملتش الحاجات دى زى العادة؟

المريضة: طبعًا.. بالتأكيد.

المعالج: لأنه من المنطقى أنى أنام فى السرير وأشد الغطا علىَّ وخلاص.

المريضة: صح.

المعالج: يا ترى الحكاية دى بتنطبق عليكي؟ هل تستحقى مكافأة علشان بترغمى نفسك على الشغل؟

المريضة: أفتكر كده.

المعالج: تعرفى! يمكن يكون صعب عليكى أنك تفتكرى تدى لنفسك مكافأة خارج جلستنا علشان كده أنا باقترح عليكى تعملى لستة بالحاجات إللى تستحقى عليها مكافأة.. إيه رأيك؟

المريضة: أقدر أحاول.

المعالج: خلينا نحاول دلوقتي، لو ده يناسبك. هنسميها إيه اللستة دى.. قائمة الرصيد؟ أو قائمة التكريم أو سجل التعبير الإيجابى أو أى حاجة ثانية زى سجل الإيجابيات.

المريضة: ممكن نسميه قائمة التكريم أو الافتخار أو قائمة الثقة.

المعالج: كويس.. قائمة الثقة.. على اللستة دى ممكن تكتبى أشياء إيجابية عملتيها أو تفكرى مع نفسك (إيه الحاجة اللى عملتها النهاردة، وكانت صعبة لكنى أنجزتها).

المريضة: حاضر (تكتب التعليمات).

المعالج: خلينا نبدأ من النهارده. إيه اللى عملتيه النهارده؟

المريضة: (تكتب وهى تتكلم) خلينا نشوف.. أنا رحت لحصة الإحصاء.. كانت صعبة شوية.. لكنى حاولت.. كتبت كل ورقتى وسلمتها.. اتكلمت مع زميلتى فى السكن وأكلت معانا على الغدا.

المعالج: دى بداية كويسة.. إيه رأيك لو عملتى الكلام ده كل يوم؟

المريضة: ما شى.

المعالج: أعتقد إنك هتقدرى تفتكرى الكلام أكثر عشر مرات لو سجلتيها مباشرة.. ولو ما قدرتيش، تقدرى تسجليها وقت الغداء أو العشاء أو قبل ما تنامى.. تفتكرى تقدرى تعملى الكلام ده؟

المريضة: نعم.

المعالج: يا ترى أنت محتاجة تكتبى ليه أنت لازم تعملى كده؟

المريضة: لا.. أنا هافتكر. هتخلينى أركز على الحاجات الكويسة اللى تخلينى أشعر بتحسن.

وإكمال قائمة الرصيد فى مرحلة مبكرة من العلاج سوف يساعد المريضة على إعداد نفسها لأعمال أفضل لاكتشاف المعلومات الإيجابية لاستمارة المعتقدات الجوهرية (الفصل ١١).

والخلاصة أن هناك الكثير من التقنيات المعرفية والسلوكية، ويناقش هذا الجزء أكثرها شيوعًا. ويحسن بالقارئ أن يطلع على مصادر أخرى لتنمية مصادر المعرفة.

قائمة الأرصدة

الأشياء التى فعلتها وكانت صعبة، ولكن استطعت إنجازها على أية حال

١. حاولت متابعة ما يقال فى درس الإحصاء.

٢. الانتهاء من كتابة الورقة البحثية وتسليمها.

٣. دعوت جوليا للعشاء.

٤. اتصلت بجون للتأكد من واجب الكيمياء.

٥. طبخت العشاء بدلاً من الأكل الجاهز.

٦. قراءة الجزء الخامس من كتاب الاقتصاد.

الشكل (١٢-١٠) قائمة الأرصدة الإيجابية لسالي

الفصل الثالث عشر

التخيّل

لدى معظم المرضى أفكار تلقائية، ليست فقط فى صورة كلمات غير منطوقة فى أذهانهم، بل أيضًا فى صورة خيالات وتصورات عقلية (Beck&Emery,1985) فسالى لديها هذه الفكرة (إن أستاذى سوف يظن أننى أتطفل عليه إذا ذهبت إليه لطلب المساعدة). وبسؤالها تبين لمعالجها أنه مع هذه الفكرة اللفظية لديها فى الوقت نفسه تصور عن أستاذها واقفا قبالتها طويل القامة وعابسًا وناظرًا إليها بتأفف بينما هى تسأله سؤالا ما. هذه الصورة هى ما نسميها بالأفكار التلقائية المتخيلة.

ويوضح هذا الفصل كيف نعلم المرضى كيفية التعرف على تخيلاتهم التلقائية وكيفية التدخل العلاجى مع تلك التخيلات التلقائية والمفتعلة. وعلى الرغم من أن مرضى كثيرين لديهم تخيلات بصرية، فإن القليلين منهم يذكرون ذلك. وليس مجرد السؤال عن هذه التخيلات حتى ولو بطريقة متكررة يكون كافيا لإظهارها لدى المرضى. وغالبًا ما تكون هذه الخيالات قصيرة الأجل ومزعجة، ولذا يطردها معظم المرضى من أذهانهم بسرعة. وعدم التعرف على هذه التخيلات والتعامل معها غالبًا ما ينتج عنها قلقًا وإزعاجًا دائمًا للمرضى. ويبدأ المعالج بتعريف المريضة وتعليمها عن الخيالات ابتداءً من الجلسة الأولى (انظر الفصل الثالث).

التعرف على الخيالات:

ولكى يستطيع المعالج تعليم مرضاه كيفية التعرف والتعامل مع خيالاتهم المزعجة، فإنه يحاول إما أن يظهر خيالاً تلقائيًا لدى المرضى أو يحاول أن يقحم لديهم صورة متخيلة فى أثناء الجلسة العلاجية. وفى الحوار التالى يبحث المعالج عن صورة متخيلة لدى سالى متزامنة مع فكرتها اللفظية التلقائية.

المعالج: يعنى دلوقت أنت عندك الفكرة (هو حيفتكر أنى باتطفل عليه لما أروح أسأله) وتحسى طبعًا بالقلق الشديد؟

المريضة: نعم.

المعالج: عاوز أعرف.. لما جاتلك الفكرة دى يا ترى كان فيه صورة معينة فى دماغك؟

المريضة: مش عارفة بالضبط، تقصد إيه؟

المعالج: يعنى تخيلتى شكل أستاذك لما سألتيه أنه يساعدك؟ يا ترى كان شكله سعيد؟ (يقدم احتمالاً معاكسًا لما هو متوقع ليساعد المريضة على التركيز).

المريضة: لا.. كان مكشر (عابس).

المعالج: يا ترى تخيلتى حاجة ثانية؟ فين مثلاً، يا ترى تخيلتى الصورة دى بتحصل فى الفصل؟

المريضة: لا.. أنا تخيلت نفسى بأخبط ودخلت وقلت له فيه حاجة مش فاهماها هو اتكلم عنها فى الدرس.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: وبعدين شفته واقف قدامى، طويل فعلاً، ومكشر فى وشي.

المعالج: فى حاجة ثانية.

المريضة: لا.. دا كل حاجة.

المعالج: الصورة أو التخيل ده هو اللى بنسميه (الصورة المتخيلة).

وفى بعض الأحيان يصعب على المرضى أن يتفهموا ما هو المقصود إذا سألهم المعالج عن الخيال فقط. وهناك مرادفات كثيرة مثل الخيال العقلي، أو

الصورة العقلية، أو أحلام اليقظة، أو التخيل أو التصور أو الذاكرة، وحينما فشلت سالى فى تذكر صورة متخيلة استخدم معالجها بعضًا من هذه المترادفات أو ربما اختار أن يقحم صورة ما على خيالها (إذا كان هدفه فى هذه الجلسة هو مساعدتها فى التعرف على الأخيلة) كان يمكنه أيضًا أن تقحم صورة محايدة أو إيجابية (أوصفى لى ما هو خارج منزل أو تخيلى أنك تمشين فى مبنى ما، ماذا ترين؟) أو ربما حاول المعالج أن يقحم خيالا عن موقف مزعج كما فى التالى:

المعالج: هل تخيلتى ما هو شكل أستاذك، لماذا طلبت منه المساعدة؟ يا ترى كان شكله سعيد؟

المريضة: ما أفتكرش، أنى أتخيلت شكله.

المعالج: ممكن تتخيليه دلوقت؟ ممكن تتخيلى نفسك رايحة له؟ إمتى إنتى حتروحى له بالضبط بأى طريقة؟ (يساعد المريضة أن تفكر بخصوصية).

المريضة: احتمال يوم الثلاثاء، لما بيكون عنده وقت فى مكتبه لاستقبال الطلبة.

المعالج: يعنى هيكون قاعد فى مكتبه؟

المريضة: نعم.

المعالج: إيه المبنى اللى هو فيه؟

المريضة: قاعة بينت.

المعالج: ممكن تتخيليه دلوقت؟ النهارده الثلاثاء، وأنت ماشية فى اتجاه مبنى قاعة بينت وماشية دلوقت فى اتجاه مكتبه.. قادرة تتخيلى الكلام ده؟ يعنى قادرة تشوفى الكلام فى مخك؟ الباب مفتوح أو مقفول.

المريضة: مقفول.

المعالج: كويس.. تقدرى تشوفى نفسك بتخبطى على الباب؟ يا ترى بيقول إيه لما بيسمع النقر على الباب؟

المريضة: بيقول.. ادخل.. (تقلد صوت الأستاذ الأجش).

المعالج: كويس.. ممكن تشوفى نفسك بتدخلى؟ شكل وشه إيه؟

المريضة: مكشر.

المعالج: وبعدين حصل إيه؟ (ويتبع المعالج مع المريضة التخيل حتى النقطة الأكثر إحراجًا) كويس.. المنظر ده اللى تخيلتيه هو اللى بنسميه (الصورة المتخيلة).. تفتكرى كان عندك صورة زى دى لما قررت تروحى وتسأليه الأسبوع ده؟

المريضة: ممكن.. مش متأكدة.

المعالج: إيه رأيك تخلى ده الواجب بتاعك الأسبوع ده.. تحاولى تشوفى إيه الخيالات اللى عندك لما تكونى متضايقة زى حكاية الأفكار التلقائية.

المريضة: ماشى.

تعليم المريضة التعرّف على التخيلات:

يستطيع بعض المرضى التعرف على الصور المتخيلة، ولكنهم لا يخبرون عنها معالجيهم؛ لأنها تصويرية ومزعجة. فربما يترددون فى إعادة تخيل هذه الصور المزعجة أو الخوف من أن يظن بهم معالجوهم أنهم مضطربون عقليًا، وإذا توقع المعالج أيًا من هذين الاحتمالين فعليه أن يحاول تهدئة مرضاه وتطمينهم بأن هذه الخبرة هى عادية لدى معظم الناس.

المعالج: سالى أنا مش عارف أنت عندك تخيلات أولا. معظم الناس عندهم خيالات، لكنهم دائمًا بيفتكروا المشاعر المصاحبة للخيالات أكثر من الخيالات نفسها وساعات الخيالات دى بتبقى غريبة شويه، لكن الشائع أن الإنسان بيكون عنده كل أنواع الخيالات الحزينة والمخيفة أو حتى العنيفة. المشكلة هى أنك تفتكرى أنك غريبة لو قلتى عن الخيالات دى وأنت ولا غريبة ولا حاجة. ممكن تفتكرى أى خيال كان عندك قريب؟

المريضة: لا.. ما أفتكرش.

المعالج: كويس.. إحنا اتفقنا الأسبوع ده أنك هتحاولى – فى الواجب المنزلى أنك تشوفى نفسك لما مزاجك بيتغير تشوفى لو كانت فى دماغك أى صور متخيلة، وحا أقولك المرة الجاية تعملى إيه للصورة دى.

وتعليم المريضة ومحاولة إفهامها أن هذه الخيالات طبيعية قد يخفض من حدة القلق لديها، ويجعلها قادرة على التعرف على خيالاتها والوعى بها. وفى الحوار السابق يعد المعالج المريضة أنه سوف يعلمها كيفية التعامل مع هذا الخيالات متضمنًا أنه سوف يساعدها على التحكم فى خيالاتها، وعلى المعالج أن يكون متقنًا فى تعليم المريضة على التعرف على خيالاتها حتى تستطيع ذلك.. وبعض المرضى يكونون غير واعين بالخيالات على الإطلاق، وكثير من المعالجين قد يقلعون عن المحاولة. وإذا استطاع المعالج نفسه أن يحصل على صورة متخيلة كتلميح يستخدمه فى استعادة خيال قد تكون المريضة قد اختبرته.

المعالج: سالى.. وأنت بتوصفى إزاى أنت خائفة من ردة فعل زميلتك فى السكن أنا تخيلت صورة لها فى دماغي، بالرغم من أنى ما عرفهاش. يا ترى أنت متخيلتيش شكلها حيكون إيه، لما بتيجى سيرة الضوضاء معاها؟ وإذا كانت المريضة لا تزال تجد صعوبة فى التعرف على الخيالات التلقائية يمكن للمعالج أن يقحم صورًا متخيلة حول مواضيع أقل إزعاجًا (هل تخيلتى شكلى قبل ما تقابلينى؟) تقدرى توصفى الصورة دى من فضلك ؟ دا بقى اللى بنسميه خيال أو صورة ذهنية.

وطريقة بديلة هى أن تجعل المريض يتذكر حدثًا قريبًا (إزاى وصلتى هنا النهارده؟.. ممكن تشوفى نفسك داخلة الأتوبيس؟ يا ترى كان زحمة؟ يا ترى تقدرى ترسمى صورة فى ذهنك للكلام ده؟).

الاستجابة للخيالات التلقائية:

بمجرد من أن يتأكد المعالج أن المريضة تعانى من خيالات مزعجة يقوم بتعليمها طرق مختلفة للتعامل مع هذه الخيالات مستخدمًا أساسًا منطبقًا كما يلى:

المعالج: سالى أنا عاوزك تعملى الحاجات الكثيرة اللى تقدرى تعمليها لما تلاحظى خيالات مزعجة. طبعًا صعب تعرفى من الأول أيه الطريقة اللى حتستخدميها مع أى خيال علشان كده فى الجلستين الجايين حنحاول نتعلم مع بعض. ماشى؟

وهناك طرق كثيرة يمكن أن يتعلمها المرضى للاستجابة لخيالاتهم التلقائية. والطرق الست الأولى تساعد المرضى على خفض التوترو رؤية الموقف بطريقة مختلفة، وهذه الأخيرة تعطى تأجيلاً مؤقتًا حينما تركز المريضة على شيء آخر. وينصح المعالج المريضة أن تتدرب مرارًا فى أثناء وبعد الجلسات على هذه الطرق حتى تجيدها إجادة تامة.

اتباع الخيال حتى النهاية:

وتعد هذه الطريقة من أفضل الطرق التى تساعد المرضى، ولذا ينبغى أن تتعلم أولاً؛ فهى تساعد المعالج والمريضة على تصور المشكلة بوضوح، وتساعد على إعادة البناء الإدراكى للخيال، وتساعد على التحسن. وفى هذه الطريقة يشجع المعالج المريضة على اتباع الخيال حتى يحدث أمر من اثنين، إما أن تتخيل المريضة أنها دخلت فى قلب الأزمة وخرجت منها أفضل مما كانت، أو أن مصيبة قد حدثت مثل الموت مثلا (وإذا حدث ذلك يستعرض المعالج عواقب الخوف ومعنى الكارثة النهائية ويحاول التدخل) والحوار الأول يظهر السيناريو الأول، وفيها تتخيل المريضة أنها دخلت فى قلب الأزمة.

المعالج: سالى.. ممكن تستحضرى الصورة دى فى دماغك ثاني؟ قوليها زى ما أنت متخيلاها بالضبط بصوت عالى وأنت بتتخيليها.

المريضة: أنا قاعدة فى الفصل، الأستاذ يوزع ورق الامتحان، وأنا بـــابص عليهـــا ومخى بقى فاضى ما فيهوش حاجة خالص. أنا باقرأ السؤال الأول، مفيش حاجة لها معنى، شايفة كل الناس بتكتب، وأنا باأفكر، أنا مشلولة، أنا حـــا أرسب.

المعالج: وشاعرة بإيه؟

المريضة: حقيقى.. حقيقى قلقانة.

المعالج: فيه حاجة ثانية حصلت؟

المريضة: لا.

المعالج: كويس.. دا كلام حقيقى، بس أنت وقفت التخيل عنـــد أســـوأ نقطـــة أنـــك شعرت بالشلل ومخك فاضى.. دلوقت اللى عاوزك تتخيليه أنـــك تشـــوفى اللى حصل بعد كدة.

المريضة: أووه.. مش متأكدة.

المعالج: أنت حتفضلى كده الساعة كلها؟

المريضة: لا.. اتهيأ لى لا..

المعالج: ممكن تتصورى اللى حصل بعد كدة؟ لما بتبصى حواليكى وتشوفى الطلبة هل أنت فعلاً مشلولة؟

المريضة: لا.. اتهيأ لى.

المعالج: إيه اللى أنت شايفاه بيحصل بعد كدة؟

المريضة: أنا بابص فى ورقة الامتحان ثاني.. لكنى مش قادرة أركز.

المعالج: وبعدين حصل أيه؟

المريضة: أنا بابص.. السؤال الأول مالوش أى معنى بالنسبة لى.

المعالج: وبعدين..

المريضة: أفضل ماشية لغاية ما ألاقى سؤال أعرف فيه حاجة.

المعالج: وبعدين.. لقيتى سؤال . حصل إيه.

المريضة: افتكر... باكتب الإجابة.

المعالج: ممكن تتخيلى نفسك بتكتبى الإجابة؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس .. وبعدين حصل إيه.

المريضة: أفضل مستمرة لغاية ما ألاقى حاجة ثانية ممكن أجاوبها.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: وأرجع ثانى للأسئلة الأولى يمكن أقدر أكتب حاجة.

المعالج: كويس.. وبعدين؟

المريضة: وبعدين .. أخلص بقدر الإمكان.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: أسلم الورقة.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: وبعدين أروح للحصة الثانية.

المعالج: وبعدين.

المريضة: وبعدين أمسك كراستى وأقعد.

المعالج: وحاسه بأية فى الخيال دلوقت؟

المريضة: لسه متنرفزة شوية.. ما أعرفش عملت إيه فى الامتحان.

المعالج: بس أحسن من الأول لما كنت شاعرة بالشلل؟

المريضة: طبعًا.. أحسن بكثير.

المعالج: كويس.. خلينا نراجع أنت عملت إيه فى الأول.. أنت تخيلتى صورة، ووقفت عند أسوأ نقطة فيها (الشعور بالشلل) وبعدين فضلتى تتصورى لغاية ما وصلت لنقطة حسيتى فيها أنك أحسن بكثير. هو ده بقى اللى بنسميه (اتباع الصورة للنهاية). تفتكرى إنه مفيد إنك تستعملى الطريقة دي؟

فى الحوار السابق، تمكنت المريضة بسهولة من التوصل إلى نتيجة معقولة، وفى أحيان أخرى تحتاج المريضة إلى اقتراح بتعديل المنظر أو السيناريو.

المعالج: ممكن تتخيلى إيه اللى حصل بعدين؟ لو أنت بتبصى حواليكى وشايفة الطلبة الثانيين.. فهل أنت فعلاً مشلولة؟

المريضة: ما أعرفش أنا حاسة إنى مشلولة.

المعالج: وإيه اللى أنت شايفاه بعد كدة؟

المريضة: ما أعرفش.. أفضل قاعدة.. حاسة بالشلل.

المعالج: ممكن تشوفى نفسك. بتتحركى شوية فى الكرسى، بتاخدى نفس بتبصى من الشباك؟

المريضة: آه.. آه.

المعالج: ممكن تتخيلى نفسك بتحكى قفاكي، علشان تخفى التوتر فى عضلاتك شوية؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس.. ممكن دلوقت تتخيلى نفسك بتقرى ورقة الامتحان لغاية ما تلاقى سؤال مألوف؟

المريضة: أيوه.

المعالج: أنت شايفه كده.. إيه اللى حصل بعد كده؟

المريضة: لقيت سؤال أسهل.

المعالج: وبعدين.

هنا يُدخل المعالج عنصرًا جديدًا فى الخيال لنساعد المريضة على التحرر من شللها، وتستمر على ذلك المنوال حتى تستطيع المريضة أن تتخيل بنفسها. وكما سبق ذكره، فإنه يمكن للمريضة أن تتخيل موقفًا نحو الأسوأ، غالبًا ما تكون كارثة. وهنا تُكوِّن المريضة مفهومًا عن الكارثة وتحاول التدخل بما يناسب. وهذا الموقف سوف يمثل لمريضة أخرى (مارى).

المعالج: كويس.. مارى حاولى تشوفى نفسك فى السيارة وهى بتقرب من سور الكوبري. دلوقت حاولى تتخيلى صورة واضحة فى مخك بقدر الإمكان.. وبعدين إيه اللى بيحصل.

المريضة: بتقرب أكثر.. خبطت فى السور (تبكى فى صمت).

المعالج: (برقة) وبعدين؟

المريضة: (تبكى) السيارة اتحطمت تمامًا.

المعالج: (برفق) وأنت؟

المريضة: أنا ميتة.

المعالج: وبعدين.. حصل إيه؟

المريضة: ما أعرفش.. مش قادرة أشوف بعد كده (مازالت تبكى).

المعالج: يا ترى شايفه إنك حتستفيدى لو استمرينا شوية فى التخيل، إيه أسوأ حاجة فى الموت فى الكارثة دى؟

المريض: أولادى: حيفقدوا أمهم للأبد. حيتحطموا خالص (تبكى أكثر).

المعالج: (ينتظر لحظة).. يا ترى تقدرى تتخيليهم؟

فى هذا المثال يؤدى اتباع الصورة أو الخيال حتى التمام إلى كارثة، ويستمر المعالج فى أسئلته الرقيقة حتى يبين المعنى الخاص للكارثة. وسوف نورد مثالاً آخر فى هذا الفصل بإقحام صورة متخيلة توضح كيفية التعامل مع هذا النوع من المشكلات. فى هذه الحالة كشفت المريضة عن صورة متخيلة لأطفالها فى جنازتها شاعرين بالتحطم تمامًا. ومرة أخرى قد قطعت المريضة تخيلاتها عند أسوأ نقطة (انظر صفحة.. ..) لتوضح كيف يمكن للمريضة أن تتخيل أولادها بعد ذلك لسنوات عدة.

والخلاصة أن هناك احتمالين قائمين عند اتباع الصورة المتخيلة حتى النهاية: فى الاحتمال الأول قد حلت المشكلة أخيرًا، وشعرت المريضة بالارتياح. وفى الاحتمال الثانى تتطور الصورة إلى كارثة، وهنا يحاول المعالج أن يكتشف المعنى الخاص للكارثة بالنسبة للمريضة، وهنا يكتشف مشكله جديدة ثم يحاول المعالج والمريضة أن يقحما صورة تخيلية أكثر تكيفا وإيجابية، وهذا ما سوف نتناوله بالتفصيل فى هذا الفصل.

القفز إلى الأمام فى الزمن:

فى بعض الأحيان يكون إكمال الصورة حتى النهاية غير فعال، وذلك لأن المريضة تستمر فى وضع العراقيل المتتالية أو الأحداث المؤلمة إلى ما لا نهاية. فى هذه الحالة يمكن للمعالج أن يقترح عليها أن تتخيل نفسها فى مرحلة زمنية لاحقة فى المستقبل القريب.

المعالج: (ملخصًا) سالى لما تتخيلى أنك بدأت فى الورقة البحثية دى. وتفضلى تشوفى قد إيه هى صعبة وقد إيه الجهد اللى بتتطلبه والمشاكل اللى هتواجهيها. وواقعيا تفتكرى فى النهاية هتقدرى تخلصيها؟

المريضة: أيوه.. احتمال.. أنا ممكن أشتغل ليل ونهار لفترة طويلة.

المعالج: إيه رأيك فى قفزة فى الزمن وتتخيلى نفسك خلصت منها. ممكن تتخيلى ده، يا ترى حيبقى شكله إيه؟

المريضة: آه.. أنا متخيلة نفسى بأعمل التصليحات الأخيرة، وبعدين رايحة أسلمها.

المعالج: انتظرى لحظة.. ممكن تبطأى الصورة شويه.. عاوزك تتخيلى التفاصيل. زى تدبيس الورق أو تصويره.

المريضة: أنا با أستعمل كومبيوتر فى قاعة الطلبة، أنا حا أطبع نسختين، أنا بأدبس كل نسخة وبأحط واحدة فى فولدر بلاستيك وبعدين با أحطه فى شنطتي، وبعدين بألبس الچاكت.. وبدأت أمشى ناحية الكلية علشان أسلمها.

المعالج: تقدرى تشوفى نفسك وأنت ماشيه نحو الكلية علشان تسلميها؟

المريضة: أيوه.

المعالج: شاعرة بإيه دلوقت؟

المريضة: مرتاحة.. حمل وانزاح من على.. حاسة أنى خفيفة.

المعالج: كويس.. خلينا نشوف إحنا عملنا إيه.. أنت تخيلتى نفسك تبدأى فى عمل البحث، وكل ما تخيلتى أكثر كل ما تلاقى نفسك فى الآخر بتخلصيها وده خلاكى تحسى بالتحسن.. إيه رأيك تكتبى الطريقة دى (القفز عبر الزمن) علشان تقدرى تعمليها فى البيت؟

التكيّف فى أثناء التخيّل:

وثمة طريقة أخرى وهى إرشاد المريضة ومساعدتها على تخيل أنها تتجاوب أو تتعامل مع الموقف الصعب الذى رأته فى خيالها تلقائيًا.

المعالج: (ملخصًا) فى الأول كان عندك تخيل وأنت ماشية، وحاسة بإحباط شديد وبعدين بدأ الأولاد يتحركوا ويعملوا إزعاج، وبدأت تشعرى بأن الأمر خارج عن إرادتك.

المريضة: نعم.

المعالج: مرة ثانية. أنت تخيلتى منظر، وتركت نفسك فى أسوأ نقطة.

المريضة: أيوه.. أنا فعلاً عملت كده.

المعالج: ممكن ترجعى للخيال ثاني.. والمرة دى حاولى تشوفى نفسك تقدرى تتعاملى مع أى مشكلة حتظهر؟

المريضة: الأول الأولاد بيتجمعوا قدام الباب. ولد بيحاول يفتح باب المكتبة، وأنا بأقوله بشويش يا حبيبى فيه فصل ثانى جنبينا.

المعالج: وبعدين

المريضة: يبدأ يمشى وسط الرفوف.

المعالج: وأنت؟

المريضة: أفتكر.. هامسك إيده وآخذه على الترابيزة.

ويستمر الحوار بهذه الطريقة حتى تستطيع المريضة التغلب على الموقف، وإذا تطلب الأمر يمكن للمعالج أن يسأل أسئلة موجهة ليساعد المريضة على ذلك.

وكذلك يمكنه مساعدتها على تخيل أشياء أخرى للتغلب على الموقف، أو الاستعانة بالطرق التى سبق ذكرها مثل اللجوء إلى بطاقات التكيف، أو التنفس المنظم، أو ترديد تعليمات ذاتية بصوت مرتفع.

تغيير الصورة المتخيَّلة:

وهناك طريقة أخرى وهى تعليم المريضة التعرف على الصورة المتخيلة، ثم إعادة تخيلها من جديد بطريقة مفيدة للنهاية، وبذا يمكن أن تخفف من توترها. والمثال الأول هو تغير واقعى، والثانى هو تغير خيالى أو سحرى.

المعالج: الأسبوع اللى فات اتكلمنا عن حاجتين تقدرى تعمليهم لما يكون عندك صورة متخيلة مزعجة يا ترى فاكرة؟ يا ترى حاولتى تعملى أى طريقة تخيلية الأسبوع ده؟ النهاردة حا قولك على طريقة جديدة وهى طريقة تغيير الصورة بطريقة ثانية ممكن تفتكرى أى لحظة فى الأسبوع اللى فات ده كان عندك أى خيال مزعج؟

المريضة: (تسكت).. أيوة.. النهاردة الصبح، أنا كنت بافكر فى أجازة الربيع، ما أقدرش أروح البيت، حا أضطر أفضل هنا.

المعالج: إيه اللى كان بيحصل فى التخيل؟

المريضة: كنت باتخيل نفسى قاعدة على مكتبى لوحدى فى الغرفة،عندى نوع من التبلد وحاسة بالإحباط.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: لا.. دا فعلاً هدوء قاتل فى السكن.. زى الصحرا.

المعالج: والخيال ده خلاكى تحسى بإيه؟

المريضة: حزينة.. فعلاً حزينة.

المعالج: أنت مش لازم تفضلى تحت رحمة الصورة دي.. تقدرى تغيريها لو عاوزة زى ما تكونى مخرجة فيلم.. تقدرى اللى أنت عاوزة تكونيه. ممكن تغيريه بطريقة سحرية.. حاجة مش بتحصل فى الواقع، أو ممكن تغيريها إلى صورة واقعية، أفتكر لو حاولتى هتشعرى بتحسن.

المريضة: مش فاهمة إزاى..

المعالج: كويس.. أنت قاعدة على مكتبك، إيه اللى تتمنى اللى يحصل بعد كدة؟

المريضة: إن صديقتى المفضلة تتصل بى.. أو السكن يمتلى ناس وألاقى حد بيخبط على باب غرفتى ونروح نتعشى مع بعض.

المعالج: أى منظر ثانى؟

المريضة: ممكن أفتكر حاجة حصلت فى المعسكر، زى لعبة كرة طائرة، وأنا أروح أتفرج.

المعالج: دى نهايات أجمل بكثير، شعرتى بإيه وأنت بتتخيلى أن الحاجات دى بتحصل

المريضة: أحسن طبعًا.. بس أعرف أزاى أن الحاجات دى حتتحقق؟

المعالج: أولاً ما حدش فينا يعرف أن كانت القعدة على مكتبك وأنت تبكى حتتحقق وألا لا. اللى نعرفه أنه مجرد تخيل هو اللى خلاكى حزينة دلوقت... ثانيًا: دلوقت إحنا نقدر نتكلم عن طريقة تغير خيالك ده لنهاية أجمل. ده اللى تقدرى تعمليه إنك تتخيلى أن ممكن صديقتك تتصل بك، أو تروحى تتفرجى على الكورة أو تخرجى للعشاء وده جائز جدًا يحصل. إيه اللى تعمليه علشان ده يحصل؟

ساعد هذا التخيل على تغير الصورة و فتح مناقشة مجدية بها حل للمشكلات. وبعض الخيالات يمكن أن تتغير بصورة سحرية، وقد يساعد ذلك أيضا على تخفيف التوتر، ويساعد المريضة على التعرف بطريقة أكثر إيجابية.. وهذا مثال على ذلك.

المعالج: (ملخصًا.. مستخدمًا كلمات المريضة نفسها).. يعنى متخيلة صورة الأستاذ طويل واقف قدامك، مكشر، بيتكلم بفظاظة، بيحرك رجليه، شكله قرفان والصورة دى بتخليكى قلقة.

المريضة: نعم.

المعالج: تحبى تغيرى الصورة دي؟ ممكن تتخيليه فى صورة ثانية؟

المريضة: إزاى.

المعالج: مش عارف.. زى ما يكون بيفكرنى بواحد سنُه تلات سنوات، بيتنرفز بسرعة ممكن تتخيلى أنه بيصغر فى الحجم لسه مكشر، لسة بيضرب رجله فى الأرض؟

المريضة: (تبتسم) نعم.

المعالج: اوصفى لى شكله بالتفصيل (تفعل المريضة ذلك)، وقولى حسيتى بإيه دلوقت؟ يا ترى لسه قلقانة؟

المريضة: لا.. أقل.

المعالج: يا ترى قلت لدرجة أنك تقدرى تروحى تاخدى ميعاد وتقابليه؟

المريضة: أيوه.. أفتكر كده.

المعالج: خلينا، نشوف إحنا عملنا إيه. إحنا بدأنا بصورة متخيلة عن أستاذك، والصورة دى خوفتك لدرجة أنك مش قادرة تروحى تسأليه. وبعدين قدرتى تتحكمى فى الصورة دى وتغيريها لغاية القلق اللى عندك ما خف خالص وبقيتى مستعدة أنك تقابليه.. الطريقة دى بنسميها (تغيير الصورة المتخيلة Changing the image).

الاختبار الفعلى للصورة المتخيَّلة:

وهنا يعلم المعالج المريضة أن تتعامل مع الصورة الخيالية مثل الفكرة التلقائية اللفظية مستخدمًا الأسئلة السقراطية المقننة.

المعالج: يعنى عندك صورة خيالية عنى وأنا عابس وشكلى زعلان لما حتقولى لى أنا ما عملتش الواجب كله؟

المريضة: (تومئ).

المعالج: إيه الدليل أن أنا حا كشر وأزعل منك؟.. عندك دليل على العكس؟ (ثم يرى المعالج المريضة كيف تستخدم استمارة الأفكار المعطلة مستخدمًا الأسئلة فى أسفل الاستمارة حتى تقيم صورتها المتخيلة).

وفى مناسبة أخرى يعلم المعالج المريضة أن تقارن الصورة التلقائية بما يحدث فعلاً.

المريضة: أنا كنت فى المكتبة إمبارح بالليل، وجا تلى صورة بان المبنى فعلاً موحش وحسيت بنفسى تعبانه جدًا ومفيش حد واقف جنبى.

المعالج: وفعلاً كان حقيقى أن المكتبة موحشة؟

المريضة: لا.. أنا كنت متأخرة لغاية قرب النهاية، ولكن كان لسة فيه ناس موجودة.

المعالج: كويس خالص.. مع النوع ده من الخيالات لما تجيلك صورة زى دى تقدرى فى الحال تعملى مقارنة مع الواقع، تقدرى تسألى نفسك (هل فعلاً المكتبة موحشة؟ هل فعلاً أنا شاعرة أنى تعبانه دلوقت؟) لو كنت قدرت تعملى كده إمبارح تفتكرى كان شعورك حيكون إيه؟

المريضة: كنت حا حس أنى أقل عصبية.

وبصفة عامة، فإنه من المفضل بأن تستخدم تكنيكات مصورة عند التعامل مع الصور المتخيلة بدلا من استخدام التكنيكات اللفظية الواردة فى هذا الفصل؛ لأن الخيالات سوف تستجيب أكثر لتدخلات علاجية فى صورة خيالات أيضًا، إلا أن المرضى الذين يعانون من تخيلات مزعجة ومؤلمة لديهم الكثير من التكنيكات والطرق، وأحيانًا تكون التكنيكيات اللفظية لاختبار الواقع مفيدة ونافعة.

إعادة التخيّل:

إن تكنيك إعادة التخيل غالبًا ما يكون نافعًا حينما يتخيل المريض بوضوح صورة مبالغ فيها برغم كونها غير كارثية من حيث النتيجة. وهنا يطلب المعالج من المريضة أن تعيد الصورة المتخيلة مرة بعد أخرى، وتلاحظ إذا كان مستوى التوتر المصاحب قد تغير. وبعض المرضى تتكون لديهم بطريقة تلقائية صورة واقعية لتخيلاتهم، ويرونها فى كل مرة يستعيدونها أكثر واقعية وأقل إيلامًا وإثارة للحزن.

المعالج: سالي.. يعنى أنت عندك صورة متخيلة عن أستاذك وأنت بتسأليه عن حاجة وبتضايقى تمام وبتتخيليه وهو بيشخط فيكى ويشوح بأيديه: إزاى تتجرأى وتسألى السؤال ده.. أنا مش قادر أتصور أنك بتسألى فى حاجة زى دى، اطلعى بره، اطلعى بره.

المريضة: نعم.

المعالج: بالطريقة دى.. يا ترى ممكن تتخيلى الصورة ثانى؟ ابدأى بنفس الطريقة. وشوفى إيه اللى هيحصل.

المريضة: تقفل عينيها.

المعالج: خلاص، إيه اللى حصل؟

المريضة: هو كان متضايق جدًا ولسه بيشخط فى وقال لى اطلعى بره.

المعالج: فى المرة دى يا ترى هو لسه بيشوح بإيديه؟ وقرب منك جدًا.

المريضة: لا.. هو بس قام وثبت إيده على مكتبه.

المعالج: كويس.. اعملى نفس الحاجة ثانى.

وقد جعل المعالج سالى تكرر المنظر ثلاث أو أربع مرات، ومن التكرار

الأخير تغيرت الصورة المتخيلة بعض الشيء. فتخيلت سالى الأستاذ مستندًا إلـى كرسيه، ورمق سالى بنظره متبرمة، وقال لها بطريقة غير متوعدة وإن كانت غير لطيفة وقد انخفض قلق سالى كثيرًا.

الإحلال، والتوقف، وصرف الانتباه عن الصورة المتخيَّلة:

تم وصف هذه الطرق الثلاثة بالتفصيل فى موضع آخر. ولقد صممت لكى تحقق تخففًا سريعًا من الضغط الناتج عن الخيال، إلا أنها على الأغلب لا تنتج عنها إعادة الصياغة المعرفيه. وطريقة توقيف الصورة المتخيلة تشبه توقيـف الفكـر (Davis, Eshelman & Mckay 1988). ويمكن أن تستخدم بمفردها أو تتبع بإحلال الصورة أو صرف الانتباه. وهنا تحاول المريضة أن تتذكر صورة مزعجـة ثـم تحاول أن تقطع هذا التخيل؛ فيمكنها على سبيل المثال تخيل علامة الوقوف (إشارة المرور) أو ربما تصرخ قائلة (قف) فى داخل مخها كلما ظهرت الصورة. وربمـا كذلك تحاول شد شريط مطاطى حول الرسخ، أو تصفق بيديها عاليًا أو تنخرط فى أى تصرف لا يتناسب مع الصورة المتخيلة. ويمكن كـذلك أن تسـتخدم طريقـة صرف الانتباه أو إعادة التركيز (والتى وصفت فى الفصل الثـانى عشـر لعـلاج الأفكار التلقائية).

المعالج: علشان نلخص الموضوع يا سالى.. أحيانا لما تتخيلـى صـورة متخيلـة مزعجة، ويكون مش ملائم أنك تشتغلى فيها فى وقت معـين. وسـأعتها تحاولى توقفى التفكير فى الصورة أو تحاولى أن تنشـغلى عنهـا ممكـن نجرب الحكاية دى دلوقت؟.. تقدرى تستحضرى الصورة اللـى اتكلمنـا عليها قبل كده؟ تحبى تستخدمى أى طريقة؟

الإحلال:

إن طريقة إحلال صورة أخرى متخيلة باعثة على السرور قـد نوقشـت

بالتفصيل فى مكان آخر(Beck& Emery, 1985)، وكذلك ينبغى أن تمارس بانتظام حتى يتم التدريب عليها حتى تتخلص المريضة من آثار الصور المزعجة.

المعالج: سالى فيه طريقة ثانية للتعامل مع الصور دى إنك تستبدليها بصورة ثانية. بعض المرضى بتشبهها بأن الصورة المزعجة تظهر كما فى شاشة التلفزيون لما تزعجهم يقدروا يغيروا القناة علشان يشوفوا منظر ثانى زي، تخيل نفسهم مستلقين على الشاطئ أو ماشيين فى غابة جميلة أو ذكرى جميلة من الماضي. تقدرى تحاولى حاجة من الطرق دى. حاولى تفتكرى الصورة السارة بأكثر قدر من التفاصيل، وحاولى تستخدمى مناظر كثيرة بقدر الإمكان.. عاوز أشوفك بتجرى تغيرى من منظر مزعج لمنظر جميل.. دلوقت إيه المنظر الجميل اللى تحبى تتخيليه دلوقت؟.

وكذلك ازدواج المنظر السار مع تمارين الاسترخاء يعتبر خيارًا آخر لان المرضى يكونون قادرين على استبدال المنظر المزعج بآخر سار حيثما تكون درجة التوتر لديهم بسيطة أو متوسطة ولكن ليس شديدًا.

مراجعة طرق الاستجابة للصور التلقائية:

وبعد أن تتعلم المريضة طريقة أو طريقتين للتعامل مع الصور المزعجة، يختبر المعالج إمكانية أن تمارس المريضة هذه الطرق.

المعالج: سالي.. خلينا بسرعة نراجع اللى تعلمتيه لحد دلوقت للتعامل مع الصور المزعجة، ونحاول نكتب شوية حاجات.

المريضة: ماشى.

المعالج: أنت طبعًا ما تقدريش تعرفى مقدمًا إيه الطريقة الأفضل لكن لو كتبتى لستة، وتفضلى تكتبى لغاية ما تعرفى أيه أحسن الطرق اللى بتساعدك. وفى المرات الجاية حا أعلمك بعض الطرق الأخرى إذا كانت هتفيدك.

إحنا حنفضل نتدرب عليها هنا وأنت تدربى عليها فى البيت لغاية ما تبقى كويسة فى استخدامهم وبكدة تقدرى تتحكمى فى الصورة اللــى بتزعجــك والمشاعر الناتجة عنها.

إدخال أخيلة كوسيلة علاجية:

فى بعض الأحيان يحاول المعالج أن يقحم صورة متخيلــة علــى عكــس الطرق السابقة فى مساعدة المرضى على التخلص من الأخيلة التلقائية. ومثال على ذلك هو الترديد السرى للكشف عن المعوقات ذات العلاقة بالواجب المنزلى (انظر الفصل الرابع عشر). وفيما يلى شرح لثلاثة طرق لإقحام الصور المتخيلة:

ترديد الطرق التكيفية: Rehearsal of Coping Techniques

ويستخدم المعالج هذه الطريقة فى أثناء الجلسة لكى يساعد المريضة علــى ممارسة الطرق التكيفية بطريقة ذهنية فى خيالها، وتختلف هذه الطريقة عن طريقة (التكيف مع الصورة المتخيلة).. هنا يحاول المعالج أن يقحم صورة خيالية لممارسة العلاج المعرفى بدلاً من جعل المريضة تتخيل كيف سوف تتكيف بطريقة أشمل مع الصورة التلقائية التى سبق شرحها.

المعالج: كويس.. أنت بتتوقعى أنك حتقابلى أوقات عصيبة لمـا تقـدمى التقريـر الشفوى فى الدرس.

المريضة: أيوة.

المعالج: إيه رأيك تتخيلى نفسك متكيفة مع الموقف؟.. إمتى هتلاحظـى أن القلــق بيزيد؟

المريضة: الصبح، لما أقوم من النوم.

المعالج: وإيه اللى بيكون بيدور فى دماغك؟

المريضة: أنا هتلخبط و هنسى حاجات، وحا شوف نفسى باتلعثم وأتأتأ ومش قادرة أتكلم.

المعالج: بتقصدى فى الفصل؟

المريضة: أيوه.

المعالج: كويس.. وإيه اللى تقدرى تعمليه؟

المريضة: أقول لنفسى استرخي، وأفكر نفسى أنى جربت تقديم التقرير ده قبل كدة كثير.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: أقدر أعمل شويه تمارين بنفس منتظم وده ممكن يريحنى شوية.

المعالج: كويس.. تقدرى تتخيلى نفسك بتعملى كده؟

المريضة: أيوه.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: أحس أنى أحسن شويه، لكنى عصبية جدًا مش حا أقدر أفطر أنا حا آخد دش، وألبس وأستعد للخروج.

المعالج: وإيه اللى بيدور فى مخك فى اللحظات دى؟

المريضة: يا ترى إيه اللى هيحصل لو فضلت متترفزة كده.

المعالج: إيه رأيك لو تخيلتى نفسك بتقرى بطاقة التكيف اللى اتعلمناها قبل كده وأنت فى طريقك للفصل؟ ممكن تتخيلى نفسك بتشديها وتبدأى تقرأيها؟

المريضة: أفتكر.. بتساعد شوية.

المعالج: إيه رأيك لما تقربى من الفصل، تنطى شوية على الزمن.. تتخيلى نفسك

خلصتى التقرير.. وقعدت فى مكانك.. بتسمعى حد ثانى؟ يا ترى حاسة بإيه دلوقت؟

المريضة: شوية راحة.. لسه قلقانة.. بس مش زى الأول

المعالج: كويس.. دلوقت أنت ماشية ناحية الفصل.. إيه اللى حصل بعد كده وبتعملى إيه دلوقتى؟

وهنا تتخيل المريضة نفسها بصورة واقعية تتكيف مع الموقف بالتفصيل، ثم تكتب الطريقة أو التكنيك الذى تتوقع أن يساعدها.

التباعد: Distancing

التباعد هو طريقة أخرى للإقحام الخيالى لخفض التوتر، ويساعد المريضة أن ترى مشكلة ما من منظور أشمل. وفى المثال التالى يساعد المعالج المريضة أن ترى أن مشكلتها هى على الأرجح مؤقتة، وهذا يمنحها الأمل.

المعالج: سالى.. أنا عارف انك حاسة باليأس دلوقت ومتوقعة أن المشاكل دى حتستمر على طول.. تفتكرى أنه من المفيد لو قدرت تتخيلى نفسك مريت بالمرحلة دى؟

المريضة: أفتكر أنه صعب أن أتخيل ده.

المعالج: خلينا نشوف طيب.. إيه رأيك لو حاولتى تتخيلى نفسك فى الكورس الجاى دى هتكون السنة فى الكلية.. خلينا نقول فى الخريف الجاى هتكونى لسه فى الكلية؟

المريضة: محتمل.

المعالج: يا ترى عندك فكرة الحياة هتكون شكلها إيه؟

المريضة: ما أعرفش.. صعب على أن أفكر بالطريقة البعيدة دى.

المعالج: كويس.. خلينا حرفيين أمتى بتقومى من النوم؟ أنت فين دلوقت؟

المريضة: يمكن أقوم من النوم الساعة الثامنة أو الثامنة ونصف صباحًا فى شقة فى المدينة الجامعية.

المعالج: عايشة لوحدك؟

المريضة: ممكن مع طالبات ثانيين. بعض الطالبات إللى فى الدور معايا السنة دى إحنا اتكلمنا عن الموضوع ده مع بعض.

المعالج: تخيلى نفسك.. أنت قمت من النوم.. إيه اللى حصل بعد كده؟

المريضة: يمكن أجرى على الفصل بسرعة. يمكن آخذ وقت أطول لو ما كنتش ساكنة فى المدينة الجامعية.

المعالج: يا ترى شايفة أى حد من زملاء السكن قبل ما تروحى؟ يا ترى رايحة لوحدك ولا مع حد؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: ده خيالك أنت.. أنت قررى.

المريضة: ماشى.. أفتكر هاكون ماشية مع حد.

المعالج: يا ترى بتتكلموا فى إيه وأنتوا ماشيين.. ولا ساكتين؟

المريضة: لا .. هنكون بنتكلم عن الكلية.. أو الناس اللى نعرفهم.. حاجة زى كده.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: أروح الفصل.

المعالج: يا ترى قاعة كبيرة زى أغلب فصولكم السنة دى؟

المريضة: لا .. محتمل لا.. الفصول هتكون أصغر السنة الجاية.

المعالج: وإيه إللى تحبى تتخيليه بيحصل فى الفصل ؟ يا ترى هتتفاعلى ولا هتقعدى ساكتة؟

المريضة: أتمنى أنى هاكون عرفت ناس أكثر وأكون أكثر ارتياحًا.. أنا هاكون برضه هادية بس باشارك أكثر.

المعالج: بتحس بإيه لما تتخيلى المنظر ده؟

المريضة: كويسة.

المعالج: إيه رأيك لو خلينا تكملة المنظر هو الواجب الأسبوع ده؟ يعنى كل مرة بتيجى لك الأفكار (أنا عمرى ما أخلص من الحكاية دى) تقدرى تحولى خيالك للمنظر ده وتشوفى تأثيرها على مزاجك.

المريضة: هاحاول.

المعالج: دلوقت، تفتكرى هى دى بس قوة التفكير الإيجابي" تخيل المنظر ده"؟ أو تقدرى فى الحقيقة تعملى حاجة علشان ده يتحقق؟ فى الحقيقة أنت فعلاً بتعملى حاجات علشان ده يتحقق، صح؟

المريضة: ده صحيح.

وهناك طريقة تباعد أخرى تساعد المريضة على تخيل ما بعد الكارثة. مارى – والتى سبق ذكرها – كانت تخاف دائمًا أن أولادها سوف يتحطمون إذا هى ماتت. ولقد ساعدها معالجها على تخيل درجة الانزعاج عند الأطفال عن نقطة معينة فى الزمن، بدلاً من زمن الحادث أو بعده مباشرة (يشبه هذا التكنيك القفز عبر الزمن، وأنه يشمل مرور السنوات بدلاً من الدقائق والساعات).

المعالج: مارى.. من اللى تتخيليه حيوصل خبر الموت لأولادك؟

المريضة: زوجى.

المعالج: بيعملها إزاى؟

المريضة: (تومئ) حيحط إيده على كتفهم ويقول (حصل حادث.. ماما راحت).

المعالج: وبعدين؟

المريضة: ما بيصدقوش فى الأول، ويبدأوا يبكوا ويصرخوا لا.. ده مش صحيح.. عاوزين ماما.

المعالج: شاعرين بحزن شديد؟

المريضة: أيوه طبعا.. شديد جدًا.

المعالج: ممكن تقفزى لقدام شويه؟ دلوقت إحنا ٦ شهور بعد الحادث.. إيه اللى بيحصل دلوقت؟ ممكن تتخيليهم؟

المريضة: لسه شعور سيئ.. شاعرين بالحزن.

المعالج: ممكن نقفز سنتين ثانيتين؟ عمرهم قد إيه دلوقتي؟

المريضة: ميليسا ٨ سنوات، وليندا ٦ سنوات

المعالج: بيعملوا إيه دلوقت؟

المريضة: بيلعبوا بره.. فى بيتنا ما أفتكرش أن جوزى حيغير البيت بيلعبوا مع أولاد الجيران، نط الحبل أو بيرموا الكورة أو أى حاجة من دى.

المعالج: يا ترى شاعرين بإيه دلوقتى؟

المريضة: (تبكى).. لسه بيبكوا فى بعض الأحيان. حاجة تحير.

المعالج: يا ترى حالتهم سيئة زى أول يوم؟

المريضة: لا.. طبعًا مش بالسوء ده

ويقود المعالج مارى برفق عبر سلسلة من الخيالات، ٥ سنوات.. عشرة..

عشرين سنة بعد موتها المتخيل. وتصبح هذه الفتره مجرد فترة حزن وحداد عادية يستطيعان عبورها .وحينما تتخيل ابنتيها وقد كبرتا وأصبحتا أمهات ولهما عائلاتهما الخاصة يقل لديها الخوف من أن تموت فى حادث سيارة.

تخفيض التهديد المتخيَّل: Reduction of perceived Threat

وهناك نوع ثالث من إقحام الخيال قد صمم ليسمح للمريض أن يرى موقفًا معينًا بعين واقعية من حيث التهديد المحتمل؛ فعلى سبيل المثال يشجع المعالج سالى أن تحول من تخيلها عن تقديم التقرير فى الفصل بتخيل وجوه المشجعين والمشجعات من زملائها.

ولقد كانت" بام" مريضة تخاف الولادة القيصرية، وقد ساعدها المعالج بتخيل كل أجهزة الإنقاذ المتاحة ووجوده الفريق الطبى الواثقة المشجعة والأطباء من خلف أقنعتهم.

والخلاصة.. إن الكثيرين أن لم يكن أغلب المرضى يعانون من أفكار تلقائية فى شكل صور متخيلة، وإن الأسئلة الملحة (وإن كانت غير مطلوبة) تساعد هؤلاء المرضى على التعرف على تلك الصور.والمرضى الذين يعانون من صور مزعجة ومؤلمة غالبًا ما يستفيدون من واحدة من هذه الطرق المستخدمة فى العلاج. بالإضافة إلى ذلك، فإن الصور المتخيلة يمكن أن تقحم من أذهان المرضى لأغراض علاجية متعددة.

الفصل الرابع عشر

الواجب المنزلى

يعتبر الواجب المنزلي Homework جزءًا مكملاً ولـيس اختياريًـا فـي العلاج المعرفىBeck et al، (1979). فى الأساس ينظر المعالج لزيادة الفـرص المتاحة للتغير المعرفى والسلوكي خلال أسبوع المريضة . والواجـب المنزلـى الجيد يعطي فرصًا أكثر للمريضة أن تعلم نفسها (مثلاً من خلال العلاج بالكتابة)، وكذلك لجمع المعلومات (من خلال رصد أفكارها ومشاعرها وتصرفاتها)، وكذلك لاختبار أفكارها ومعتقداتها حتى تستطيع تعديلها، والتدرب على وسـائل العـلاج السلوكي والمعرفى وتجريب التصرفات الجديدة . ويعظم الواجـب المنزلـى مـا تعلمته المريضة فى جلسات العلاج، ويؤدى إلى زيادة إحساس المريضة بالكفاءة. ولقد وجد مجموعة من الباحثين أن مرضى العلاج المعرفى الذين يؤدون الواجب المنزلى يتقدمون أسرع من المرضى الـذبن لا يمارسـونه(Neimeyer & Feixas Pearson et al 1988;1990) وكثير من المرضى يؤدون الواجب المنزلى باستعداد وسهولة، وقليلون لا يفعلون ذلك. وإنه لمن المهم أن نلاحظ أن أكثـر المعـالجين خبرة يواجهون صعوبة مع بعض الحالات الاستثنائية الـذين بـرغم تحضـيرهم تحضيرًا جيدًا نادرًا ما يؤدون أى التزامات مكتوبة، فإن على المعالج أن يفتـرض مبدئيًا أن أى مريض يمكن أن يؤدى الواجب المنزلى إذا أعد إعدادًا مناسبًا . فعلى المعالج أن يراعي على سبيل المثال أن يفصل الواجب لكل مريض علـى حـدة، مقدمًا تبريرًا معقولاً مكتشفًا المعوقات المتوقعة معدلاً المعتقدات ذات الصلة لكـى يحسن من إمكانية التزام المريض. وينقسم هذا الفصل إلى أربعة أجزاء : إعـداد الواجب المنزلى، زيادة إمكانية إكماله بنجاح، وبلورة المشاكل الناجمة ، ومراجعة الواجب المنزلى.

إعداد الواجب المنزلى:

لا توجد معادلة جاهزة لإعداد الواجب المنزلى، ولكن الواجب المنزلى ينبغى أن يفصل لكل مريض على حدة، وأن يتم إعداده بالتعاون بين المعالج والمريضة، وأن يصمم طبقًا لمحتويات وأهداف الجلسة العلاجية وأهداف المريض والمعالج ورؤية المعالج للمريضة وللمرحلة العلاجية، وعند اقتراح الواجب المنزلى يضع المعالج فى اعتباره الصفات الفردية للمريضة مثل قدرتها على القراءة والكتابة و دوافعها واستعدادها للالتزام بالواجب ودرجة إحباطها ووظائفها الإدراكية والمعوقات العملية (مثل عامل الوقت) وغير ذلك.

ويأخذ المعالج عمومًا دور القيادة فى اقتراح الواجب المنزلى، وبالتدريج كما فى حالة إعداد الأچندة يبدأ المعالج أن يطلب من المريضة أن تصمم هي واجبها المنزلى (مثلاً دلوقتي إحنا خلصنا الكلام عن مشكلتك مع زميلتك فى السكن.. تفتكري إيه إللى يكون مناسب بالنسبة للموضوع ده إنك تعمليه كواجب منزلى الأسبوع ده؟). وقد لوحظ أن المرضى الذين يعدون الواجب المنزلى بأنفسهم غالبًا ما يستمرون فى عمل ذلك بعد انتهاء فترة العلاج . وفى هذا الجزء الأول سوف نقدم واجبًا منزليًا نموذجيًا، وسوف نصف التوصيات المستمرة والمهمات الأخرى الملائمة لبداية ومنتصف ونهاية مراحل العلاج، ثم سوف نقدم جزءًا من واجب سالى المنزلى، وفى المقطع الأخير من هذا الجزء سوف نقدم إرشادات عامة لاختيار الواجب المنزلى .

الواجبات المنزلية المستمرة:

فيما يلى مناقشة للواجبات المنزلية المستمرة:

١ـ التنشيط السلوكى:

وهو مهم على وجه الخصوص للمرضى الخاملين، لكنه أيضًا نافع

لمرضى كثيرين، والذين تتبلور أهدافهم إما بالرجوع إلى نشاطاتهم السابقة أو إثراء حياتهم بتجريب نشاطات جديدة. وجدولة النشاط يمكن أن يتحقق إما بأسلوب منظم كما ذكر فى الفصل الثاني عشر أو بطريقة عشوائية (أي نشاطات من قائمة الأهداف تحبي تجربيها أو تكتشفى معلومات عنها الأسبوع ده؟).

وهناك نوع آخر من النشاط السلوكي ينبع تلقائيًا، من محتويات الجلسة ويتكون من ممارسة نشاطات جديدة أو تطبيق إجراءات عملية منبثقة من حلول المشاكل التى تم طرحها، فسالى على سبيل المثال لديها مشكلة مع رفيقة سكنها وبعد المناقشة ولعب الأدوار فى أثناء الجلسة وافقت سالى أن تحاول أن تتفاوض فى مواضيع مثل الإزعاج والفوضى مع رفيقتها. وغالبًا ما يؤدى حل المشكلة المباشر مع متابعة سلوكية ناجحة إلى تحسن فى المزاج.

٢- رصد الأفكار التلقائية:

وهو واجب مهم منذ الجلسة الأولى فصاعدًا؛ فكما ذكر فى الفصل الثالث، تسأل المريضة نفسها "ما الذي يدور فى رأسي الآن ؟" وذلك كلما لاحظت تغيرًا فى مشاعرها. وبداية يمكنها أن تدون هذه الأفكار على ورقة أو فى كراسة أو بطاقة الفهرست، وحالما كان الوقت ملائمًا يعلمها المعالج أن تدون هذه الأفكار فى سجل الأفكار المعطلة(Dysfunctional Thought Record). وينصح المعالج المريضة أن رصد الأفكار التلقائية يؤدي فى الواقع إلى زيادة الإحباط إذا لم تحاول أن تستجيب لها بطريقة تكيفية، ولهذا السبب يتعاون المعالج والمريضة فى تصميم بطاقات التكيف (انظر الفصل الثانى عشر) حتى يمكن قراءتها فى المنزل وهى تحاول معالجة الأفكار المزعجة المتوقعة.

٣- العلاج بالقراءة:

يعتبر العلاج بالقراءة من الواجبات النافعة. ومن المفيد أن نجعل المريضة

تقرأ وتلاحظ ردود أفعالها تجاه ما تقرأ: ما الذى وافقت عليه، وما الذي لم توافق عليه، وما الذي تريد أن تستفسر عنه (انظر الملحق c لقائمة ن للقراءات المقترحة).

٤- مراجعة الجلسة العلاجية السابقة:

ويساعد ذلك على تثبيت ما تعلمته المريضة، وتشمل هذه المراجعة قراءة ملاحظات قد كتبت فى أثناء الجلسة أو بعدها مباشرة أو الاستماع إلى تسجيل صوتي للجلسة. وفى أثناء الاستماع إلى التسجيل يمكن للمريضة أن تكتب النقاط الأساسية أو ملخصًا لما قيل فى الجلسة، وكذلك يمكنها تسجيل الأفكار السلبية والاستجابات التكيفية التي تم التعرف عليها خلال الجلسة. وهناك وسيلة بديلة لتسجيل الجلسة بكاملها والاستماع إليها، وهى تسجيل ملخص لما دار بها، وذلك فى الدقائق الأخيرة من الجلسة. وكذلك، فإن المعالج يمكنه أن يحتفظ بشريط مسجل لما دار فى أثناء الجلسة لمراجعتها فيما بعد (أنظر الفصل الثامن عشر)، ويمكنه أن يطلب من المريضة أن تحضر معها جهاز التسجيل وشرائطه الخاصة بها.

٥- الإعداد للجلسة العلاجية القادمة:

وهذا طبيعي بالنسبة لمعظم المرضى، ولا يتطلب عادة إلزامًا من المعالج؛ فهؤلاء المرضى عادة ما يجمعون أفكارهم متوقعين ما سوف يسألهم المعالج فى بداية كل جلسة، إلا أن بعض المرضى يتجنبون التفكير فى العلاج فيما بين الجلسات أو يجدون صعوبة فى صياغة العناصر المهمة فى جمل قصيرة، وأنه لمن المفيد أن نجعل هؤلاء المرضى يكتبون ملاحظات مكتوبة قبل كل جلسة، وتعتبر استمارة وصل الجلسات (Session Bridging Worksheet) وسيلة إرشادية نافعة (انظر الفصل الرابع شكل ٤-١).

٦- واجبات إضافية:

الواجبات التي ذكرت للتو يمكن أن تكون نافعة فى كل جلسة، وبالإضافة إلى ذلك ينبغي على المعالج أن ينظر فى إعطاء واجبات إضافية أخرى تكون ملائمة لعدد محدد من الجلسات. فأثناء الجلسة الأولى - على سبيل المثال - فإنه من المفيد أن نجعل المريضة تنقح قائمة أهدافها (انظر الفصل الثالث) وأن تبدأ قائمة عبارات إيجابية (انظر الفصل الثانى عشر)، وفى أثناء الجلسات التالية القليلة يركز الواجب المنزلى على تقييم الأفكار التلقائية والاستجابة لها.

وحينما يتم التعرف على الإفتراضات والمعتقدات ربما ترى المريضة أنه من المفيد أن تراجع مخطط التصور الإدراكي (Conceptualization Diagram) (الفصل العاشر) . وبمجرد البدء فى إعادة صياغة الأفكار والمعتقدات السلبية خلال الجلسة يمكن للمريضة أن تستمر فى العمل بإستمارة المعتقدات الجوهرية (Core Belief Worksheet) فى المنزل (الفصل الحادي عشر) وقبل أو بعد تعديل المعتقدات يمكن للمريضة أن تختبر التغيرات السلوكية المستمرة كممارسة المهارات الجديدة (مثل الاعتداد بالذات) أو التمثيل "كما لو" (انظر الفصل العاشر) أو اختبار الأفكار والمعتقدات من خلال التجارب السلوكية (انظر الفصل العاشر والثانى عشر).

وأخيرًا، فإن الواجب المنزلى فى المرحلة النهائية من العلاج يمكن أن يكون موجهًا نحو إنهاء العلاج ومنع النكسات (انظر الفصل الخامس عشر) مثل تنظيم المذكرات العلاجية والاستجابة للأفكار التلقائية حول إنهاء العلاج وتطوير الخطط لمواجهة الصعوبات المستقبلية المتوقعة.

وعلى الرغم من أن الواجبات المذكورة فيما يلى مناسبة لمرضى كثيرين، فإن علينا أن ننتبه إلى أن العدد الأكبر من الواجبات المنزلية هي متفردة ومصممة خصيصًا من أجل مرضى بعينهم.

عينات من واجبات سالى المنزلية:

الجلسة الأولى:

١. تنقيح قائمة الأهداف.

٢. حينما يتغير مزاجى أسأل نفسى "ما الذى يدور فى ذهنى الآن؟" وأدون أفكارى، وأذكر نفسى أن هذه الأفكار قد تكون صحيحة أو غير صحيحة.

٣. أذكر نفسى أننى مكتئبة الآن ولست كسولة بطبعى، ولهذا تبدو الأشياء صعبة.

٤. أفكر فيما ينبغى أن أضعه فى الأچندة للأسبوع القادم (ما هى المشاكل والمواقف) وكيف أسميها؟

٥. قراءة كتيب (التعامل مع الاكتئاب) والنوتة العلاجية.

٦. أذهب للسباحة والمشى ثلاث مرات أسبوعيًا.

الجلسة الثانية:

١. عندما ألاحظ أي تغير فى المشاعر، أسأل نفسى "ما الذى يدور فى ذهنى الآن؟" وأدون الأفكار التلقائية (والتي بمكن ان تكون صحيحة أو غير صحيحة) أحاول أن أعمل ذلك مرة فى الأسبوع على الأقل.

٢. إذا لم أستطع تحديد أفكاري، أدون المواقف فقط. تذكرى أن التعرف على الأفكار هى مهارة تتطلب تدريبًا مثل الآلة الكاتبة.

٣. أسأل رون للمساعدة فى الفصل الخامس من كتاب الاقتصاد.

٤. أقرأ النوتة العلاجية مرة يوميًا.

٥. الاستمرار فى السباحة والجري والتخطيط لعمل ثلاثة أنشطة مع زميلتى فى السكن.

الجلسة الثالثة:

١. قراءة الأچندة العلاجية مرة فى اليوم.

٢. الاستمرار فى السباحة والجرى مع جين.

٣. أسأل ليزا لتذاكر معي لامتحان الكيمياء.

٤. أضيف إلى قائمة المكافآت (شعارات إيجابية عن النفس).

٥. تعبئة الأربع خانات الأولى من استمارة الأفكار السلبية (DTR) مرة يوميًا حينما أشعر أن مزاجى أسوأ، وأستخدم الأسئلة فى أسفل الاستمارة.

الجلسة الرابعة:

١. أكتب الأفكار التلقائية فى استمارة الأفكار السلبية (DTR).

٢. مراجعة النوتة العلاجية.

٣. أحاول أن أرصد نشاطاتى بقدر الإمكان.

٤. أناقش مسألة الإزعاج والفوضى مع رفيقة السكن.

٥. أحتفظ بقائمة المكافآت.

الجلسة الخامسة:

١. تعبئة الأربع خانات الأولى من استمارة الأفكار السلبية حينما يتغير المزاج، وأستخدم الأسئلة فى أسفل الاستمارة لتطوير استجابات بديلة.

٢. أقرأ الأچندة العلاجية.

٣. الاستمرار فى النشاطات الموجودة فى الجدول.

٤. قائمة المكافآت.

٥. الاقتراب من مساعد المدرس للمساعدة فى بعض الدروس.

الجلسة السادسة:

١. إكمال استمارة الأفكار السلبية عند الشعور بالإحباط.

٢. قراءة الأچندة العلاجية.

٣. قائمة المكافآت.

٤. قراءة كروت التكييف حينما أشعر بالقلق من الامتحان التحريرى.

٥. الاستمرار فى جدولة الأنشطة.

الجلسة السابعة:

١. استمارة الأفكار السلبية.

٢. قراءة الأچندة العلاجية.

٣. قائمة المكافآت.

٤. أسأل سؤالاً أو اثنين فى نهاية الدرس.

٥. قراءة الكروت التكيفية ثلاث مرات فى اليوم أو عند الحاجة.

الجلسة الثامنة:

١. استمارة الأفكار السلبية.

٢. قراءة الأچندة العلاجية.

٣. قائمة المكافآت.

٤. أسأل سؤالاً أو اثنين فى نهاية الدرس.

٥. قراءة سريعة لمخطط تصور الحالة (Case Conceptualization).

الجلسة التاسعة:

١. استمارة الأفكار السلبية.

٢. قراءة الأچندة العلاجية.

٣. الإجابة عن سؤال أو سؤالين أو عمل تعليق فى حصة الاقتصاد.

٤. العمل فى الجزء الأسفل من استمارة الأفكار السلبية.

٥. التحدث مرة أخرى مع رفيقتي فى السكن عن الضوضاء.

٦. الذهاب إلى الدكتور سميث خلال أوقات وجوده فى المكتب.

٧. المميزات والعيوب للذهاب إلى فيلادلفيا أو البقاء فى البيت فى أثناء الأجازة الصيفية.

الجلسة الثانية عشرة (النهائية):

١. استمارة الأفكار السلبية حول إنهاء العلاج.

٢. ترتيب الأچندة العلاجية من البداية.

٣. مراجعة النوتة للعلاج الذاتى.

تعظيم احتمالات نجاح الواجب المنزلى:

على الرغم من أن بعض المرضى يؤدون الواجب المنزلى بسهولة، فإن ذلك يعتبر مشكلة بالنسبة لآخرين، وتنفيذ الإرشادات التالية سوف تزيد من احتمالات نجاح المرضى مع الواجب المنزلى وإحساسهم بتحسن فى المزاج.

١. تفصيل الواجب على مقاس الفرد (كن متأكدًا ٩٠ – ١٠٠ % أن

المريض يستطيع عمل الواجب) كن فى الجانب السهل أكثر من الجانب الصعب.

٢. أعطِ مبررًا لمعنى وكيفية عمل الواجب المنزلى.

٣. تصميم الواجب المنزلى بالتعاون مع المريضة مع التأكد من مردود المريضة وموافقتها.

٤. اجعل الواجب المنزلى كما لو كان اختيارًا لا خسارة منه.

٥. ابدأ الواجب فى أثناء الجلسات.

٦. ساعد على إرساء أنظمة تساعد على التذكر.

٧. توقع مشاكل محتملة، ناقش المشاكل إذا لزم الأمر.

٨. الإعداد لاحتمال نتائج سلبية.

تفصيل الواجب المنزلى:

إن الإكمال الناجح للواجب المنزلى يسرع من عملية العلاج، ويؤدى إلى إحساس بالسيادة وتحسين المزاج، ولذلك فإن الواجب المنزلى ينبغي أن يوضع فى الاعتبار لزيادة احتمالات النجاح فى العلاج وليس مجرد إلزامات طبقًا لمعادلات موصوفة، وعلى المعالج أن يضع فى اعتباره سمات المريضة الشخصية ورغباتها.

جوان – على سبيل المثال – هى مريضة لم تستطع أن تفهم النموذج المعرفى فى الجلسة الأولى، وأصبحت فى الواقع أكثر عصبية حينما كان معالجها الحديث الخبرة يدفعها إلى التعرف على أفكارها التلقائية، ولقد أخبرت مرة معالجها "أنت لا تستطيع أن تفهمنى جيدًا، فأنا لا أستطيع معرفة ما يدور فى ذهنى فى اللحظة نفسها، كل ما أعرفه هو أنني مستاءة".

فإن الواجب المنزلى الذي يحثها على تدوين أفكارها التلقائية لا يعتبر مناسبًا فى هذه الجلسة. وثمة مريضة أخرى فى المقابل تدعى "باربرا" كانت قد قرأت كتابًا فى العلاج المعرفى، وتعلمت بطريقة مدهشة أن تتعرف على أفكارها التلقائية، وكان واجبها المنزلى هى أن تملأ الخانات الأربع الأولى فى استمارة الأفكار التلقائية حينما تكون مكتئبة.

وكما أن نوع الواجب مهم، فكذلك تعتبر كمية الواجب المنزلى مهمة؛ فسالى كانت مريضة متحفزة، وكانت منغمسة فى الواجب المنزلى لأنها مازالت طالبة، وكان من السهل عليها إنجاز الواجب المنزلى أكثر من "جوان" التى كانت أكثر اكتئابًا، وكانت قد تركت المدرسة منذ سنوات.

والخطوة الثالثة فى تفصيل الواجب المنزلى لكل مريض على حدة هو تقسيمه إلى خطوات عملية، مثل قراءة فصل واحد فى كتاب ليمان عن العلاج المعرفى أو أي كتاب مدرسى أو ملء الأربع خانات الأولى من استمارة الأفكار السلبية أو قضاء من عشر إلى خمس عشرة دقيقة فى دفع الفواتير أو القيادة إلى السوبر ماركت القريب وليس الدخول فيه.

وإنه لمن المهم أن نتوقع صعوبات محتملة قبل إعطاء الواجب المنزلى، وهذا يتوقف على تشخيص المريضة ومشاكلها الحالية، فالمريضة المكتئبة على سبيل المثال تستفيد أكثر من الأعمال السلوكية (وليست المعرفية) فى البداية. والمريضة الخجولة من ناحية أخرى يمكن أن تخجل من الواجبات السلوكية التى قد تعتبرها تحديًا لها، ويمكن أن تزيد من واجباتها الكتابية. والمريضة التي تشعر بالقلق والإرتباك ربما تشعر أنها غير قادرة على عمل الواجب المنزلى لأنها تشعر أنه كثير جدًا، وأنه من الأفضل كثيرًا أن يكون الانحياز فى عمل الواجب المنزلى فى جانب السهولة أكثر منه فى جانب الصعوبة، وأن الفشل فى عمل الواجب المنزلى غالبًا ما يؤدي إلى إحساس المريضة بالإحباط ونقد الذات واليأس.

جعل الواجب المنزلى اقتراحًا لا خسارة منه:

وكما ذكر فى الفصل الثالث، فإنه من المفيد عند عمل الواجب المنزلى أن نركز على أن المعلومات المهمة يمكن الحصول عليها حتى إذا فشلت المريضة فى عمل الواجب المنزلى، وبذلك نضمن ألا تشعر المريضة بالإحباط وعدم الكفاءة إذا لم تعمل الواجب.

المعالج: "سالى إذا عملت الواجب ده كله يبقى كويس خالص، لكن إذا كان عندك أي صعوبات فى عمله، فده مش مهم وخصوصًا إذا إنت تقدري تحددي الأفكار اللى بتدور فى رأسك؛ فإما تعملى الواجب أو تشوفى إذا كنتي تقدري تلقطي الأفكار اللى تمنعك من عمل الواجب، وإن شاء الله هانتكلم عن الأفكار دي الأسبوع الجاي .. ماشى؟"

وفى بعض الأحيان تفشل المريضة فى عمل جزء ذات مغزى من الواجب المنزلى لأسبوعين متتاليين أو تعملها قبل الجلسة مباشرة وفى هذه الحالات ينبغي على المعالج أن يكتشف المعوقات السيكولوجية والعملية. والتركيز على أهمية الواجب المنزلى بدلاً من الاستمرار فى اعتباره اقتراحًا لا خسارة فيه.

البدء فى عمل الواجب فى أثناء الجلسة:

فى المراحل الأولى من العلاج بصفة خاصة ينصح بإعطاء بعض الوقت خلال الجلسات للمريضة لأن تبدأ فى الواجب المنزلى. وهذا مفيد للمعالج لكي يختبر إذا كان الواجب على مستوى مناسب للمريضة من حيث الصعوبة، وأنه أيضًا مفيد للمريضة التي من السهل عليها أن تستمر فى الواجب من أن تبدأ فيه؛ لأن غالبية المرضى يذكرون أن أصعب جزء فى الواجب المنزلى هو مرحلة البداية.

تذكر عمل الواجب:

إنه لمن المهم جدًا أن تعد المريضة منذ البداية في أن تكتب واجبها المنزلى فى أثناء الجلسة. وهناك استراتيجيات عديدة أخرى نافعة للمرضى الذين ينسون واجباتهم المنزلية، مثل إعطائهم التعليمات بربط الواجب بنشاطات يومية أخرى (إيه رأيك لو تعملى الواجب بعد الغدا أوقبل النوم؟). أو يمكنهم إلصاق مذكرات على الثلاجة أو مرآة غرفة النوم أو تابلوه السيارة . ومناقشة كيفية تذكر أخذ العلاج فى أوقاته أو إعطاءه للآخرين ربما يدفعهم إلى استخدام هذه الاستراتيجيات لعمل الواجب المنزلى. وقد نلجأ إلى حل مباشر للمشكلة مثل أن يرى المعالج والمريضة أنها تستطيع سماع شريط مسجل فى السيارة للجلسة العلاجية فى أثناء الذهاب للعمل أو العودة منه.

توقع الصعوبات أو المشاكل:

إنه لمن المهم أن يضع المعالج نفسه مكان المريضة واضعًا فى اعتباره النقاط التالية:

- *هل كمية الواجب المنزلى مناسبة للمريضة؟*
- هل درجة الصعوبة ملائمة؟
- هل يبدو مربكًا؟
- هل يبدو منطقيًا؟
- هل هو مناسب لأهداف العلاج؟
- ما هو احتمال أن تستطيع القيام به؟
- ما المشاكل العملية التي يمكن أن تظهر فى الطريق؟ (الوقت ، الطاقة ، الفرصة الملائمة)
- ما هى الأفكار التي يمكن أن تظهر فى الطريق؟

ويسأل المعالج المريضة عن مدى قدرتها على عمل الواجب (٠- ١٠٠)، وإذا كان المعالج ليس متأكدًا بدرجة ٩٠ إلى ١٠٠ % من أن المريضة قادرة على عمل الواجب المنزلى فعليه أن يتبع واحدة من الاستراتيجيات التالية:

١- الترديد الغيبى:

كما هو موضح فيما يلى ويستخدم المعالج طريقة التخييل المفتعل لاكتشاف وحل المشاكل المحتملة المتعلقة بالواجب المنزلى.

المعالج: سالى، تفتكرى فيه حاجة هاتظهر فى الطريق وإنتي رايحة لمساعد المدرس؟

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: إيه الوقت المناسب إنك تروحى؟ (مساعدًا إياها أن تحدد وقتًا وتلتزم به).

المريضة: السبت الصبح فى أوقات تواجده بالمكتب.

المعالج: ممكن تتخيلى إن إحنا دلوقتي السبت الصبح؟ ممكن ترسمي صورة فى خيالك؟ تخييلى إنك يتقولى لنفسك أنا لازم أروح لمكتب المساعد.

المريضة: ماشى.

المعالج: إنتى فين دلوقتى؟ (سائلاً عن التفاصيل حتى تستطيع المريضة أن ترى بوضوح ما تخيلته، وأن تتعرف على أفكارها ومشاعرها).

المريضة: فى غرفتى.

المعالج: بتعملى إيه؟

المريضة: لبست هدومى حالاً.

المعالج: وحاسة بإيه؟

المريضة: متوترة شوية.

المعالج: وإيه اللى بيدور فى مخك؟

المريضة: مش عايزة أروح. يمكن أقرأ الدرس لوحدي من الكتاب.

المعالج: وناوية تستجيبي للفكرة دى إزاى؟

المريضة: ماعرفش يمكن كويس بالنسبة لى (تضحك).

المعالج: تفتكرى ده ممكن يفكرك إن دي تجربة كويسة فى إنك تختبري توقعاتك فى إنك مش هاتفهمي الدرس حتى لو حد ساعدك.

المريضة: أفتكر كدة.

المعالج: يا ترى من المفيد إنك تقرأي كرت من كروت التكيف.

المريضة: ممكن (يؤلف المعالج والمريضة بطاقة تكيف كما ذكر فى الفصل الثاني عشر).

المعالج: كويس.. دلوقتي تقدري تتخيلى إنك لابسة ملابسك وبتفكري " أنا هاأقرأ الدرس بدل ما أروح " دلوقتي إيه إللى حصل؟

المريضة: أفتكر "لحظة من فضلك دي من المفترض أنها تجربة، فين كرت التكيف؟"

المعالج: آه صحيح، هو فين؟

المريضة: أنت عارفني، لازم أبص فيه.

المعالج: يا ترى فيه مكان معين بتحطى فيه الكرت أول ما توصلى البيت؟

المريضة: الحقيقة أنا مش عايزة زميلتي فى السكن تشوفه، أنا هاحطه فى آخر درج فى المكتب.

المعالج: ماشى، ممكن تتخيلى بقى إنك بتاخدي الكارت وتقريه؟

المريضة: أيوة.

المعالج: دلوقتى إيه اللى حصل؟

المريضة: من المحتمل إنني بفتكر ليه لازم أروح ، لكن لسة مش عاوزة وقررت إن أنا أرتب غرفتي الأول.

المعالج: إيه اللى تقدري تفكري نفسك بيه فى النقطة دي؟

المريضة: إن أنا ممكن أروح فى أي وقت وده ممكن يساعدنى، وإن أنا لو توقفت عن التفكير ونظفت غرفتى، ممكن ينهى كل ده.

المعالج: جميل، وبعدين إيه إللى حصل؟

المريضة: أنا رايحة.

المعالج: وبعدين؟

المريضة: وصلت هناك، بسأل السؤال، مش فاهماه كله وباقله أنا متلخبطة فى النقطة دى . احتمال هو يساعد.

المعالج: وحاسة بإيه فى اللحظة دى؟

المريضة: كويس خالص أنا سعيدة بأني رحت.

إن هذا الترديد الغيبي للواجب المنزلى يساعد المريضة والمعالج على اكتشاف المعوقات العملية والأفكار السلبية التي يمكن أن تعطل إتمام الواجب المنزلى.

٢- اقتراح واجب آخر:

يمكن أن يقترح المعالج واجبًا آخر إذا رأى أن الواجب المعطى غير ملائم أو إذا كان الترديد الغيبي ليس مؤثرًا بالقدر الكافى، وأنه لمن الأفضل اقتراح واجب أسهل تستطيع المريضة أن تعمله بدلاً من ترسيخ عادة عدم عمل الواجب المنزلى الذي أتفقا عليه فى أثناء الجلسة.

المعالج: سالي، أنا مش متأكد إنك هاتقدري تعملى كدة (أو أنا مش متأكد

إن الواجب ده مناسب لكي) ، إيه رأيك؟ عاوزة تستمري وتحاولى أو تنتظري لوقت تاني؟

٣- لعب الأدوار المنطقى – العاطفى:

ويمكن أن يساعد ذلك مريضة مترددة حينما يرى المعالج أنه من المهم لها أن تؤدي واجبًا معينًا (كما ذكر فى الفصل العاشر، فإن هذا التكنيك لا يستخدم مبكرًا فى العلاج لأنه يمكن أن يفهم على أنه كان تحديًا.

المعالج: أنا لسة مش متأكد يا سالى إنك هاتسحبي الكارت إللى يساعدك على إنك تروحي للمدرس.

المريضة: يمكن لأ.

المعالج: كويس، إيه رأيك نلعب لعبة تمثيل الأدوار العاطفية العقلية عن الموضوع ده؟ إحنا عملناها قبل كدة. أنا هابقى الجزء العقلى وإنتي الجزء العاطفى. إنتي حاولى تجادلى على قد ما تقدري ضدي علشان أقدر أشوف كل المبررات اللى عندك فى عدم استعمال الكارت وندرس المشكله. ابدأى.

المريضة: حاسة إني مش عاوزه أعمل كده.

المعالج: حقيقى فعلاً أنا حاسة إنى مش عاوزه أعمل ده ، بس الإحساس مش مهم، المهم أنا محتاجة أعمله ولا لأ.

المريضة: بس أنا ممكن أعمله بعدين.

المعالج: مضبوط، بس أنا طبيعتي مش كده، مش عاوزه أتعلم عادة جديدة أني أأجل الأشياء النافعة. أنا عندي فرصة دلوقت أني أدعم عادة جديدة بقدر الإمكان

المريضة: بس مش مهم مرة.. يعنى...

المعالج: صحيح، مرة واحدة مش مهم جدًا، لكن دي فرصة يمكن ما تجيش تـاني علشان ما تعودش على كده.

المريضة: ماعرفش، بس أنا ماليش نفس أعمله.

المعالج: أنا مش لازم أنتبه لحكاية عايزه ومش عايزه ده على المدى البعيد.. أنـا لازم أتعلم أعمل الصالح لى بغض النظر عن عايزه ومش عايزه علشـان أحقق أهدافى وأشعر إنى ناجحة ، ومش عاوزه دايمًا أتجنـب الحاجـات اللى باحس إنى مش عاوزه أعملها.

المريضة: أنا خلصت الجدل.

المعالج: كويس.. خلينا نبدل الأدوار ونكتب بعض الكلام أو نسجله على شريط.

وباتباع طريقة تبادل الأدوار يبقى للمعالج أن يختار نقطة أخرى. يمكنـه بالتعاون مع المريضة أن يعيدا تقرير الواجب نفسه (حاسه بإيه دلوقت إذا حاولنـا نكمل الواجب ده نفسه؟) وإذا قرر الطرفان أن يستمرا فى عمـل الواجـب نفسـه يمكنهما بالتعاون أن يصمما بطاقة تكيف محتوية على بعض النقاط التي ذكـرت فى التمثيلية السابقة. وإذا رأى المعالج أن المريضة لن تستطيع عمل هذا الواجـب فيمكنه أن يغيره بدلاً من شعور المريضة بالفشل إذا لم تسـتطع إكمـال الواجـب الأصلى.

الإعداد لاحتمالات حدوث نتائج سلبية:

عند تصميم تجربة سلوكية أو التحقق من فرضية ما، فإنه لمن المهم إعداد سيناريو قابلاً لأن يكون ناجحًا؛ فعلى سبيل المثال ناقشت سالى ومعالجها من هـو الأستاذ الذي يكون أكثر استعدادًا لتقبل الأسئلة بعد الدرس، وما هى الكلمات التـي يمكن أن تستخدمها حينما تناقش مع زميلتها مشـكلة الضوضـاء، ومـا مقـدار المساعدة التي يمكن أن تطلبها من جارتها، وإذا إعتقد المعالج أن التجربة السلوكية

لن تأتي بالنتيجة المرجوة، فإنه يمكنه أن يعلم المريضة مقدمًا الاستجابة لبعض الأفكار التلقائية (انظر الفصل الثانى عشر).

المعالج: دلوقت ممكن جارتك تقولك أنا ماقدرش أساعدك، إيه اللى ممكن يدور فى مخك لو ده حصل؟

المريضة: إن المفروض إني ماكنتش أطلب المساعدة، ممكن تفتكر إنى غبية علشان طلبت المساعدة.

المعالج: إيه الأسباب الأخرى اللى ممكن تخليها ترفض؟ (باحثًا عن تفسيرات بديلة)

المريضة: إنها ممكن تكون مشغولة.

المعالج: وإيه تانى؟

المريضة: تفكر.

المعالج: أو هى مش ممكن تكون فاهمة المادة كويس علشان تشرحها لك أو ما بتحبش الشرح أو مشغولة بشىء تانى.

المريضة: ممكن.

المعالج: عندك أى دليل أنها ممكن تفكر إنك غبية؟

المريضة: لأ، بس إحنا مختلفين فى الأمور السياسية.

المعالج: وهل إنتي عندك فكرة إن الاختلاف فى الأفكار ده بيخليها تقول عليكي غبية أو لأنكم مختلفين فى وجهات النظر؟

المريضة: لأ إحنا بس حاسين إن إحنا مختلفين فى وجهات النظر.

المعالج: يعني حتى لو هي رفضت تساعدك مش معناها إنها غيرت رأيها فيكي بناءً على طلب المساعدة ده.

المريضة: لأ ما فتكرش .

المعالج: كويس خالص يعنى إحنا اتفقنا إنك حاتروحيلها النهـارده تطلبـي منهـا تساعدك. إذا ساعدتك يبقى كويس وإذا رفضت هاتفكرى نفسك بإيه؟

المريضة: إن ده مش معناه إن هي فاكرة إني غبية ، هي بس يمكن تكون مشغولة أو مش متأكدة من المادة نفسها أو مش بتحب تعلم حد.

إن المناقشة السابقة تحمى من احتمالات إحباطات ممكنـة حينمـا تنتقـد المريضة نفسها.

تصور لمعنى الصعوبات:

إذا كانت لدى المريضة مشكلة فى عمل الواجب المنزلى فعلى المعالج أن يستغل هذه الفرصة لتفهم أكثر وضوحًا للمريضـة. ويعـزي المعـالج صـعوبة المريضة فى عمل الواجب المنزلى إما إلى مشاكل عملية أو سيكولوجية أو مشاكل سيكولوجية فى شكل مشاكل عملية أو مشكلة فى إدراك المعالج نفسه.

المشاكل العملية:

إن أغلب المشاكل العملية يمكن تجنبها إذا أعد المعالج الواجب المنزلـى بعناية وأعد المريضة له. والترديد الغيبى (كما شرح سابقًا) يعتبـر مـن وسـائل مواجهة الصعوبات وفيما يلى شرح لأربع مشاكل عملية وعلاجها.

١ـ عمل الواجب المنزلى فى الدقيقة الأخيرة:

إن أفضل وقت لعمل الواجب المنزلى هو خلال الأسبوع، حيث إنـه مـن المفيد جدًا للمريضة أن تلتقط أفكارها التلقائية فى اللحظة التي تلاحظ فيها تغيرًا فى مشاعرها، وعليها أن تستجيب لها إما عقليًا أو كتابة. وبعض المرضـى يتجنبـون التفكير فى العلاج فيما بين الجلسات، وغالبًا ما تكون هذه المشكلة هى جـزء مـن

مشكلة أعمق، وعلى المريضة فى هذه الحالة أن تتعرف وتعدل من بعض المعتقدات (مثلاً: "إذا ركزت على مشكلة بدلاً من تناسيها سوف أشعر بتدهور" أو لا أستطيع عمل شيء فلماذا على أن أحاول؟"). وبعض المرضى يحتاجون فقط إلى تذكرة خفيفة بأن لا يعملوا الواجب المنزلى فى اللحظات الأخيرة: "بعض المرضى بيعملوا الواجب فى الليلة اللى قبل يوم جلسة العلاج ، تفتكري ده يكون أفضل بالنسبة للمرضى من أنهم يعملوه على مدار الأسبوع؟"

٢- نسيان مبررات الواجب:

أحيانًا يهمل مريض ما هو الواجب؛ لأنه لا يتذكر لماذا عليه أن يؤديه، ويمكن تجنب هذه المشكلة بجعل المرضى الذين يعانون من هذه الصعوبة أن يكتبوا سبب إعطاء الواجب بعده مباشرة.

المريضة: أنا ما عملتش تمارين الاسترخاء (أو ماقريتش كروت التكيف ولا عملت التنفس المنتظم ولا سجلت نشاطاتي) لإني كنت حاسة إني كويسة الأسبوع ده.

المعالج: تفتكري إحنا قلنا من كام أسبوع ليه لازم تعملى الحاجات دي بغض النظر عن حالتك النفسية؟

المريضة: مش متأكدة.

المعالج: كويس، خلينا نقول إن إنتى ما عملتيش تمارين الاسترخاء لمدة ثلاثة أسابيع وبعدين قابلتي أسبوع صعب. قد إيه هاتكون مهاراتك.

المريضة: طبعًا مش هتكون كويسة علشان الممارسة.

المعالج: ممكن بقى تكتبي تمارين الاسترخاء فى الواجب المنزلى الأسبوع ده ؟ وأي مشاكل فى ممارستها و ممكن تكتبي ليه لازم نمارسها يوميًا حتى لو شاعرين بتحسن.

٣- عدم التنظيم:

وبالنسبة للمرضى الذين لديهم صعوبة دائمة فى تنظيم أنفسهم وتذكر عمل الواجب المنزلى فينصح أن يعدوا جدولاً أو نظامًا معيناً. ومن هذه الطرق رصد الواجب المنزلى أو أن يرسم المعالج مخططًا فى أثناء الجلسة، ويتم شطب كل نشاط قد أكمل.

وتوجد طريقة أخرى وهي عمل أجندة أو مفكرة، ويسأل المعالج المريضة أن تكتب كل واجب فى الصفحة المخصصة (ويمكن أن يكتبا الصفحة الأولى سويًا، وبعد ذلك تكتب المريضة بقية الصفحات فى غرفة الاستقبال بعد الجلسة، وبعد ذلك عند إكمال أي واجب يتم الشطب عليه.

وطريقة ثالثة هى أن تتصل المريضة بمكتب المعالج وتترك رسالة عند إكمال أى واجب.

وكل هذه الطرق، وكما فى كل الطرق العلاجية، ينبغى أن نشرح للمريضة مع مبرراتها وتكون مقتنعة بها.

	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء
قراءة النوتة العلاجية							
قائمة الاستحقاقات							
عمل استمارة الأفكار المعطلة							
اسال سؤالا فى الصف							

٤- صعوبات فى الواجب:

إذا وجد المعالج فى الجلسة التالية أن الواجب المنزلى صعب أو غير واضح (مشاكل شائعة مع المعالجين المحدثين)، فعلية ان يراعي أن يقدم التفسيرات

والمبررات اللازمة للمريضة (حتى لا تنتقد المريضة نفسها بقسوة لأنها لم تؤد الواجب المنزلى).

المعالج: إحنا دلوقت اتكلمنا عن المشكلة اللى قابلتك فى الواجب، أنا شايف إنى ماقدرتش أوضح لك الموضوع كفاية (أو يمكن ماكانش مناسب). يا ترى إيه اللى دار فى مخك لما ماقدرتيش تعملى (أو ما عملتيش) الواجب؟

وهنا نرى أن المعالج لدية الفرصة لأن

١. يقدم مثالاً لعمل الخطأ والاعتراف به.

٢. يبنى علاقة علاجية.

٣. يوضح للمريضة أنه مهتم بتفصيل العلاج - والواجب المنزلى لها.

٤. يساعد المريضة أن تجد تفسيرات بديلة لعدم نجاحاتها.

المشاكل السيكولوجية:

وإذا كان الواجب المنزلى قد أعد إعدادًا جيدًا، وكان لدى المريضة الفرص المناسبة لإنجازه ، فان الصعوبة ربما تكمن فى واحدة من المشاكل السيكولوجية التالية:

التوقعات السلبية:

حينما يكون المرضى فى حالة إحباط نفسى، وخصوصا إذا كانوا مكتئبين، فإنهم يميلون إلى افتراض النتائج السلبية. وللتعرف على الإدراك السلبي الذي يؤثر فى عمل الواجب المنزلى، فإن المعالج يجعل المريضة تتذكر لحظات معينة كانت تفكر فيها فى عمل الواجب المنزلى ويحاول اكتشاف الأفكار والمشاعر ذات العلاقة.

المعالج: يا ترى كان فيه أوقات الأسبوع ده ، فكرتي إنك تقــرأي كـــتاب عــن الاكتئاب النفسى؟

المريضة: نعم فكرت مرات.

المعالج: احكى لى عن مره من المرات دى.. يا ترى فكرت فيها إمبارح مثلاً؟

المريضة: أيوه أنا كنت ناوية أقرأه بعد العشاء.

المعالج: وبعدين إيه اللى حصل؟

المريضة: مش عارفة، ماقدرتش أغصب نفسي على القراءة.

المعالج: وكنت حاسة بإيه؟

المريضة: مكتئبة، ومحبطة، ومجهدة.

المعالج: وإيه إللى كان بيدور فى مخك ، لما فكرتى تقرى الكتيب؟

المريضة: دا كان صعب ، يمكن ماكنتش حاقدر أركز أو مش هأقدر أفهمه.

المعالج: واضح إنك كنت حاسة إنك مكتئبة جدًا. مش غريبة إنك ماكنتيش قــادرة تبتدي. يا ترى تقدرى تقيمى الفكرة دى إزاى (إنك مش قادرة تركــزي أو تفهمي).

المريضة: أفتكر ممكن أحاول.

ويمكن للمريضة أن تجرب فى أثناء الجلسة وبعدها نتيجة ناجحة يمكنهــا أن تكتب استنتاجاتها: مثلاً "أحيانًا تكون أفكارى غير دقيقة، وأنني أستطيع أن أنجز أكثر مما أظن. فى المرة القادمة حينما أشعر باليأس، أســتطيع أن أجــرب نفســى لأختبر أفكارى". (ملاحظة: وإذا كانت التجربة غير ناجحة يمكن للمعالج أن يغيــر الواجب المنزلى). وهناك توقعات سلبية أخرى مثل "زميلتي فى السكن لن تــذهب معي إلى هذا الاجتماع" أو "لن أفهم هذه المادة حتى لو طلبت المساعدة" أو "عمــل

الواجب سوف يجعلنى أسوأ" كل هذه التوقعات يمكن أن تختبر سلوكيًا بطريقة مباشرة (على الرغم من ذلك ينبغي على المعالج أن يعد المريضة مقدمًا للتعامل مع نتائج غير متوقعة) وهناك أفكار أخرى مثل "لا أستطيع أن أفعل أى شيء بطريقة جيدة" أو "ربما أرسب فى هذه المادة" وهذه أيضًا يمكن أن تقيم عن طريق الأسئلة التقليدية (انظر الفصل الثامن) وتطوير الإستجابات البديلة.

وإذا أظهرت المريضة شعورًا مزدوجًا أو متناقضًا تجاه عمل الواجب، فإنه من المهم للمعالج أن يعترف أنه لن يعرف النتيجة المتوقعة "أنا لست متأكدًا من أن عمل الواجب سيساعد. ما الذي سوف تخسرينه إذا لم يعمل وما الذي سوف تكسبينه على المدى الطويل إذا أتى بنتيجة مرجوة؟" وما العيوب الناتجة عن عمل هذا الواجب؟ وإذا وجدت المريضة صعوبة فى التعرف على أفكارها حيال الواجب المنزلى أو إذا لم تستطع التعبير عنها بشجاعة للمعالج، فإن عليها أن تملأ نموذجًا قد صمم لتحديد مشاكل الواجب المنزلى (انظر الملحق D).

وأخيرًا، فإن المريضة يمكن أن تستفيد بالعمل على مستوى الاعتقاد، فالواجب المنزلى يمكن أن ينشط اعتقادات مثل:

- أنا غير كفء / وحيدة / ضعيفة.
- عمل الواجب المنزلى فى العلاج معناه أنني أعاني من نقص ما.
- ليس على أن أفعل كل هذا الجهد حتى أشعر بتحسن.
- معالجى يحاول أن يتحكم فىَّ.
- إذا فكرت فى مشاكلى فإنني سوف أشعر بأننى أسوأ حالاً.

ومثل هذه الاعتقادات يمكن التعرف عليها وتعديلها من خلال الطرق التي نوقشت فى الفصل العاشر والحادى عشر.

المبالغة فى متطلبات الواجب المنزلى:

وبعض المرضى يبالغون فى تقدير الصعوبة المتعلقة بالواجب المنزلى أو لا يدركون أن الالتزامات العلاجية سوف تكون محددة بزمن.

المعالج: إيه اللى ممكن تقابليه وإنتي بتعملى استمارة الأفكار السلبية الأسبوع ده؟

المريضة: خايفة مالاقيش وقت.

المعالج: تفتكرى هاياخد وقت أد إيه كل مرة؟

المريضة: مش كتير قوي يمكن عشر دقائق بس مشغولة جدًا وعندى مليون حاجة عايزة أعملها.

وهنا يحل المعالج والمريضة المشكلة بطريقة مباشرة محاولين أن يجدا بعض الوقت لحل الواجب أو يمكن للمعالج أن يقترح على المريضة وسيلة أخرى مركزًا على أن عدم الاهتمام بالواجب هى مرحلة مؤقتة.

المعالج: فعلاً، حقيقى إنتي مشغولة جدًا الأيام دى، إيه اللى حاتعمليه لو اضطررت إنك تعملى حاجة لإنقاذ حياتك (أو طفلك أو حد يهمك) إيه إللى ممكن يحصل مثلاً لو كنت محتاجة نقل دم كل يوم؟

المريضة: طبعًا حلاقى وقت.

المعالج: طبعًا هو مش خطرعلى حياتك إنك ماتعمليش الواجب ولكن المبدأ واحد. فى دقيقة كدة ممكن نشوف إيه الوقت اللى ممكن ناخدة من نشاط تاني. وبعدين إنتى لازم تعرفى إن ده مش حايبقى طول حياتك ده بس طول فترة العلاج.

وبالنسبة للمريضة التي تبالغ فى تقدير المجهود الذي يتطلبه الواجب فيمكن أن تستفيد من أسئلة مماثلة. وفى المثال التالى لدى المريضة فكرة سلبية (ومشوهة) عن إكمال الواجب المنزلى.

المعالج: إيه اللى ممكن يعطل خروجك للتسوق كل يوم الأسبوع ده؟

المريضة: (تتنهد) مش عارفة لو كان عندي الطاقة الكافية علشان أقدر أروح كل يوم

المعالج: إيه اللى إنتى متخيلاه؟

المريضة: شايفة إنى بأجرجر نفسي من محل إلى محل؟

المعالج: إنتى عارفة إن إحنا اتكلمنا عن خروجك كل يوم عشر دقائق بس. ياترى كم محل حاتقدري تدخليه فى العشر دقائق دول ؟ ياترى الواجب حيكون أصعب من اللى خططنا له؟

وفى موقف آخر استطاعت المريضة أن تتذكر الواجب بدقة، ولكنها مرة أخرى بالغت فى حجم المجهود الذي يتطلبه أدائه.ولقد ساعدها المعالج فى البداية على تحديد المشكلة بعمل صوره مختصرة من التسميع الغيبى.

المريضة: أنا مش متأكدة إنى أقدر آخذ ماكس للحديقة العامة لمدة ١٥دقيقة.

المعالج: هل المشكلة هى قدرتك على الخروج برة البيت؟ والّلا الخروج للحديقة، أو اللى حتعمليه فى الحديقة؟

المريضة: الخروج من البيت. لازم أخذ حاجات كثيرة مرة واحدة: البامبرز، الترولى، الرضاعة، البلطو، الجزمة - (وقد حل المعالج والمريضة هذه المشكلة، وأحد هذه الحلول هو تجميع كل الضروريات باكرًا فى الصباح عندما تكون أكثر نشاطًا وأقل ارتباكًا).

وفى موقف ثالث أعد الواجب ببساطة على سبيل التجربة:

المريضة: أنا مش متأكدة إن حيكون عندى الطاقة إنى أعمل كل المكالمات التليفونية دى.

المعالج: لأن النهارده ماعندناش وقت كفاية، إيه رأيك تعملى الواجب ده على سبيل التجربه؟ خلينا نكتب توقعاتك، والمرة الجاية، تقولى لى قد ايه كانت دقيقة. كويس كدة؟

السَّعى إلى الكمال:

كثير من المرضى يستفيدون من التذكرة البسيطة من أن ليس عليهم أن يحققوا الكمال التام فى أداء الواجب المنزلى.

المعالج: سالى تعلم الاعتداد بالذات يتطلب مهارة، بالضبط ذي تعليم الكومبيوتر. وحتشعرى بتحسن مع الممارسة والتمرين. علشان كدة لو واجهت أى صعوبات الأسبوع ده . ما تنزعجيش. وحنشوف مع بعض إزاى نعملها أحسن المرة الجاية.

وبعض المرضى الذين لديهم افتراضات قوية لضرورة أن يكونوا كاملين يمكنهم الاستفادة من الواجبات التي تشتمل على أخطاء:

المعالج: واضح زى ما تكونى من حبك للكمال التام أنك بتواجهى صعوبات فى عمل الواجب العلاجى.

المريضة: نعم.. بالضبط.

المعالج: إيه رأيك الأسبوع ده نعمل استمارة الأفكار السلبية واللى هي غير كاملة عن قصد؟ تقدرى تعمليها بخط وحش، ما تعمليهاش كويس ، أو ما تحاوليش تصححى الأخطاء الإملائية، أو تحطى ١٠ دقائق لإتمام الواجب أو حاجة ذى كدة.

المعوقات السيكولوجية التي تظهر فى صورة مشاكل عملية:

يعتقد بعض المرضى أن المشاكل العملية مثل ضيق الوقت والجهد أو عدم

وجود الفرص المناسبة يمكن أن تعطلهم عن أداء الواجب. وإذا اعتقد المعالج أن الأفكار أو المعتقدات يمكن أن تتدخل، فإنه يمكنه دراسة إمكانية ذلك قبل مناقشة المشاكل العملية.

المعالج: كويس، يعنى إنتى مش متأكدة أنك مش قادره تعملى الواجب ده(بسبب مشاكل عملية). خلينا نتظاهر للحظة أن المشكلة دي اختفت بطريقة سحرية. قد إيه دلوقت تقدرى تعملى الواجب؟ هل فيه حاجة تانية حتعطلك؟ أى أفكار حاتيجى فى السكة.

مشاكل ذات علاقة بتفكير المعالج:

وأخيرًا فإن على المعالج أن يلاحظ دائمًا إذا كانت إحدى أفكاره أو معتقداته يمكن أن تعطله عن تشجيع مرضاه بثقة وموضوعية لأداء الواجب المنزلى. وتشمل الافتراضات السلبية للمعالج على ما يلى:

- سوف أؤذى مشاعرها إذا وضحت لها لماذا لم تؤد الواجب المنزلى.
- سوف تغضب إذا واجهتها سوف تشعر بالإهانة إذا طالبتها بمحاولة رصد الواجب.
- إنها فى الحقيقة لا تحتاج لواجب منزلى لكى تتحسن.
- إنها تعانى من ضغوط كثيرة وانشغالات أخرى.
- إن شخصيتها تتسم بالعدوان السلبى، ولذلك لن تؤدى الواجب.
- إنها هشة جدًا ولا تستطيع التعرض لمواقف مقلقة.

وينبغى على المعالج أن يسأل نفسه عما يدور فى ذهنه عندما يفكر فى إعداد الواجب أو حينما يحاول اكتشاف عدم التزام المريضة بالواجب؛ فيمكنه أن يلجأ إلى استمارة الأفكار السلبية أو اللجوء للمشرف أو أحد الزملاء لمناقشة الأمر.

وعليه أن يذكر نفسه أنه لا يؤدي خدمة للمريضة إذا أعفاها من أداء الالتزامات العلاجية (الواجب المنزلى) ولم يبذل جهدًا مضاعفًا لحملها على الالتزام.

مراجعة الواجب المنزلى:

إنه لمن المهم من البداية أن يتفهم المرضى أن الواجب المنزلى هو جزء مهم من العلاج. وعلى المعالج - تبعًا لذلك - أن يراعى مراجعة الواجب الذى قرره فى الجلسة السابقة، حتى ولو كانت المريضة تعانى من مشكلة طارئة وتريد مناقشة موضوعات أخرى لا علاقة لها بالواجب؛ فذلك لن يتطلب أكثر من دقائق معدودة لمناقشته أو الموافقة على مناقشته فى الجلسة القادمة.

وفى بعض الأحيان يكون الواجب المنزلى مرتبطًا ارتباطًا وثيقًا ببنود الأچندة العلاجبة أو تكون أهداف المعالج فى أغلب الجلسات متضمنة بنود الواجب المنزلى. ومراجعة الواجب المنزلى غالبًا ما يتطلب من ٥ إلى ١٠ دقائق. ومراجعة الواجب المنزلى غالبًا ما يفيد فى إعداد الواجب الجديد للأسبوع المقبل للاستمرار فى مهمة ما على سبيل المثال أو التكليف بمهام أخرى.

والخلاصة: أن على المعالج والمريضة أن يعتبرا الواجب المنزلى جزءًا أساسيًا من العملية العلاجية. وإن الواجبات التى تعد جيدًا وتنجز جيدًا سوف تؤدي إلى سرعة التحسن، وتساعد المريضة على استخدام ما تعلمته من أساليب بعد انتهاء العلاج.

الفصل الخامس عشر

إنهاء العلاج ومنع الانتكاسة

إن هدف العلاج المعرفى هو المساعدة على شفاء المرضى وتدريبهم على أن يكونوا معالجين لأنفسهم. وليس على المعالج أن يحل كل المشاكل. وفى الواقع أن المعالج الذى يرى أنه مسئول عن كل مشاكل مرضاه إنما يساعدهم على الاعتمادية ويحرمهم من فرصة اختبار مهاراتهم المكتسبة. وجلسات العلاج غالبًا ما تكون أسبوعية فى البداية. وفى الظروف العادية وحينما تشعر المريضة بتحسن فى الأعراض واكتساب المهارات الأساسية من طرق العلاج المعرفى يبدأ فى تخفيض معدل الجلسات تدريجيًا إلى مرة كل أسبوعين ثم كل ثلاثة أسابيع ثم كل أربعة. وكذلك يشجع المرضى على الحضور إلى جلسات تدعيمية كل ٣ أو ٦ أو ١٢ شهرا بعد نهاية العلاج. وسوف يتناول هذا الفصل الخطوط العريضة لإعداد المريضة لإنهاء العلاج والاستعداد لاحتمال حدوث انتكاسة منذ بداية العلاج وحتى الجلسة الختامية التدعيمية .

أنشطة الجلسة الأولى:

يبدأ المعالج فى إعداد المريضة لإنهاء العلاج ومنع انتكاسة منذ الجلسة الأولى. وإنه لمن المهم التعرف على توقعات المريضة لحالتها ومدى التحسن الذى تتوقعة. والزمن الذى تتوقعه لذلك، وإن كانت تعتقد أنها سوف تستمر فى التحسن كل أسبوع بنفس الوتيرة وبدون انتكاسة أو كبوات. وإنه لمن المفيد للمرضى أن يشاهدوا رسمًا بيانيًا لمنحنى يوضح مسار العلاج وفيه فترات من التحسن تتخللها انتكاسة أو تراجع أو فترات من التوقف. (انظر الشكل ١٥-١). وإذا أعد المعالج المريضة لهذا التفاوت والتغير فى مسار العلاج وتوقع انتكاسة منذ البداية فإنها لن تهول من شأنها عند حدوثها إذا حدثت .ويركز المعالج كذلك على أن حياة المريضة بعد انتهاء

العلاج لن تخلو من الصعوبات وربما انتكاسة، ولكنها سوف تكون مؤهلة للتعامل معها بنفسها بطريقة أفضل.

المعالج: فيه مرضى كتير بيتوقعوا تحسن مستمر كل أسبوع، يا ترى إنتى برضه بتفكرى كدة؟

المريضة: بصراحة مش عارفة.

المعالج: كويس، أنا هاوريكى منحنى كده علشان يبين لك شكل التحسن المتوقع دايمًا فى الحالة بتاعتك دى علشان ما تخافيش لو حصل تراجع فى التحسن أو حتى انتكاسة.

المريضة: ماشى.

المعالج: دلوقت كل مريض مختلف عن غيره، لكن قليل منهم اللى بيتحسنوا بصورة منتظمة كل أسبوع. أغلب المرضى عندهم صعود وهبوط ، يشعروا بتحسن خفيف وتحسن خفيف وبعدين توقف أو حتى تراجع. وبعدين يشعروا ثانى بتحسن خفيف وتحسن خفيف ثانى وتوقف ثانى أو تراجع وهكذا . يعنى طبيعى إنه يكون فيه صعود وهبوط فى حالتك. عرفت ليه كان لازم أنبهك من البداية لحاجة ذى دى؟. علشان تفتكرى الكلام ده فى المستقبل.

المريضة: آه. علشان مانزعجش لو حصل أى تراجع أو انتكاسه فى المستقبل.

المعالج: بالضبط ممكن ترجعى بالذاكرة للجلسة دى وتفتكرى النقاش ده. وفى الحقيقة إنتى ممكن ترجعى للرسم البيانى اللى هارسمه لك. وده هيديكى فكره سريعة عن اللى ممكن يحصل فى مسار العلاج. إنتى ملاحظة أن فترات التراجع بتقل كل ماتقدمنا فى العلاج؟ وكمان الأعراض بتكون أخف بكثير.

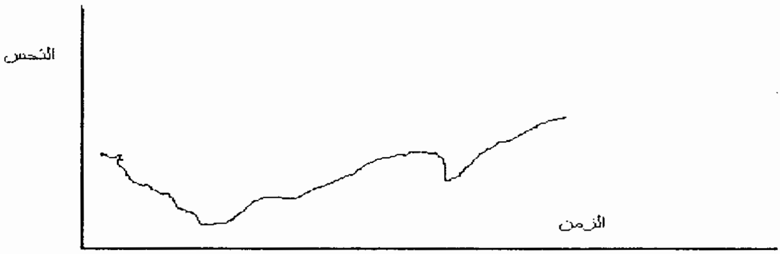
المريضة: مفهوم.

المعالج: يا ترى ملاحظة لو إنتى شفتى نفسك فى قعر المنحنى (فترات التراجع) غير لما تشوفى الصورة كلها على بعضها؟

المريضة: نعم

المعالج: والصعود والهبوط ده ممكن يستمر حتى بعد الشفاء. طبعًا حايبقى عندك الوسائل والمهارات بحيث تتغلبى عليها، أو يمكن تحتاجى تيجى جلسة أو جلستين، على العموم ده حناقشة بعدين.

المريضة: ماشى.



الشكل ١٥ – ١ التقدم فى العلاج. هذا الشكل إذا رسم بمهارة فإنه يمكن أن يشبه الحدود الجنوبية للولايات المتحدة الأمريكية. والتراجعات يمكن أن تمثل بتكساس وفلوريدا. وبينما يسخر من بعض المعالجين والمرضى بروح الفكاهة، فإنه يساعد المرضى على تقبل الانتكاسات كشىء طبيعى فى مسيرة العلاج.

الأنشطة المختلفة خلال فترة العلاج

إرجاع التحسن للمريضة:

ينبغى على المعالج أن يكون منتبهًا لتشجيع المريضة عند التحسن؛ فحينما يتحسن مزاج المريضة يرجع المعالج ذلك لفضل المريضة، ويدعم هذه الفكرة كلما أمكن بأن المريضة قد استطاعت أن تغير كثيرًا من أفكارها ومعتقداتها وسلوكها بسبب مجهوداتها.

المعالج: واضح إن درجة الاكتئاب خفت شوية الأسبوع ده، ياترى إيه السبب فى رأيك؟

المريضة: مش عارفة.

المعالج: يا ترى عملتى حاجة مختلفة الأسبوع ده؟ ياترى عملتى الأنشطة اللى اتفقنا عليها؟ أو استجبت لأفكارك السلبية بطريقة إيجابية؟

المريضة: أنا فعلاً مارست الرياضة يوميًا فى الأسبوع ده، وخرجت مرتين مع أصحابى. وانتقدت نفسى تقريبا مرتين الأسبوع ده، وعملت استمارة الأفكار السلبية.

المعالج: واضح إنك شعرت بالتحسن الأسبوع ده علشان عملتى الحاجات دى كلها وألا إيه؟

المريضة: أفتكر كده.

المعالج: كويس، يعنى إيه اللى تقدرى تقوليه فى إنك اتقدمتى كويس فى العلاج؟

المريضة: لما أعمل حاجات تسعد أتحسن أسرع.

ويعتقد بعض المرضى أن الفضل فى أى تحسن فى حالتهم إنما يرجع إلى المعالج، ولكن إفهام المريضة أن هذا التحسن إنما يرجع إليها يعزز من ثقتها بنفسها ومنع انتكاسة بعد انتهاء العلاج.

المعالج: تفتكرى ليه حاسة بتحسن الأسبوع ده؟

المريضة: علشان إنت ساعدتنى الجلسة اللى فاتت.

المعالج: كويس، أنا ممكن أكون علمتك بعض الحاجات، لكن مين اللى فعلاً غير أفكارك وتصرفاتك الأسبوع ده؟

المريضة: أنا.

المعالج: قد إيه بتعتقدى إن اللى يستحق المدح فعلاً هو إنتى؟

وفضلاً عن ذلك، فإن المريضة يمكن أن تعزو هذا التحسن للظروف (مثلاً: شعرت بتحسن لأن صديقى اتصل بى) أو للأدوية. ويوافق المعالج على هذه الأسباب إلا أنه يسأل عن التغيرات فى أفكار المريضة وسلوكها، والذى يمكن أن تكون قد ساعدت فى التحسن إلى حد كبير. وإذا أصرت المريضة أنها لا تستحق أى مديح، يقرر المعالج أن يصبر قليلاً على هذه الفكرة ومعتقدات المريضة (تفتكرى ليه أنا باحاول أمتدحك وأرجع فضل التحسن ليكى؟).

التدريب واستخدام الطرق والوسائل التى تم تعلّمها خلال العلاج:

عند تعليم المريضة الوسائل والتكنيكات العلاجية المختلفة يركز المعالج على أن هذه التكنيكات ينبغى أن تتعلم لاستخدامها مدى الحياة وبعد انتهاء فترة العلاج فى المواقف المختلفة، وأن هذه التكنيكات ليست صالحة فقط للاكتئاب، وإنما عندما تشعر المريضة أنها تعانى من اضطراب من أى نوع. وتشمل هذه الطرق والتكنيات المختلفة ما يلى:

١. تكوين استجابات بديلة للمشاكل.
٢. التعرف على، وتقييم، والاستجابة للأفكار والمعتقدات التلقائية.
٣. استخدام استمارة الأفكار التلقائية.
٤. رصد الأنشطة وجدولتها.
٥. تفتيت المشاكل الكبيرة إلى مكونات صغيرة يمكن التعامل معها.
٦. ممارسة تمارين الاسترخاء.
٧. ممارسة تكنيك الإلهاء وإعادة التركيز.

٨. ابتكار وممارسة طريقة شخصية خلال الهرم التصاعدى للمهمات الصعبة.

٩. كتابة شعارات إيجابية عن النفس.

١٠. التعرف على المميزات والعيوب للأفكار الخاصة والمعتقدات والسلوكيات والاختيارات قبل اتخاذ قرار ما.

ويساعد المعالج المريضة بطريقة مباشرة فى كيفية استخدام هذه الطرق والتكنيكات فى المواقف المختلفة فى أثناء وبعد فترة العلاج.

المعالج: كويس.. زى ما يكون التعرف على أفكارك الاكتئابية وفحصها والاستجابة لها قللت من حزنك؟

المريضة: فعلاً جابت نتيجة، أنا مستغربة فعلاً.

المعالج: تعرفى إنك ممكن تستخدمى الطرق دى فى وقت لما تشعرى إنك منفعلة زيادة، أو تحسى إنك غضبانة أكثر من اللازم أو قلقانة أو حزينة أو مكسوفة بطريقة لا تتناسب مع الموقف؟

المريضة: أنا الحقيقة ما فكرتش فى كده.

المعالج: دلوقت أنا مش بأقول إنك لازم تتخلصى من كل مشاعرك السلبية، لكن لما تكونى منفعلة أكثر من اللازم تقدرى تفكرى فى مواقف ثانية واجهتيها الأسابيع اللى فاتت، ممكن تستخدمى فيها سجل الأفكار السلبية؟

المريضة: (تسكت) مافيش حاجة الحقيقة قادرة أفتكرها.

المعالج: طيب فيه حاجة ممكن تيجى الأسابيع الجاية ممكن تستخدمى فيها سجل الأفكار السلبية؟

المريضة: (تسكت لحظة) أنا أفتكر إنى حاكون غضبانة جدًا من أخويا لو قرر الصيف ده إنه يفضل فى المدرسة وما يجيش على البيت.

المعالج: إيه رأيك تستخدمى سجل الأفكار السلبية فى الموقف ده؟ يعنى تكتبى وتستجيبى لأفكارك؟

المريضة: يكون كويس.

الإعداد للانتكاسة خلال العلاج:

بمجرد أن تشعر المريضة بالتحسن يبدأ المعالج فى إعدادها لاحتمال التراجع بسؤالها عما يمكن أن يدور فى ذهنها إذا شعرت أن حالتها بدأت تسوء مجددًا. والاستجابات الشائعة فى مثل هذه الحالات تشمل: "لا يجب أن أشعر بذلك" "هذا يعنى أننى لم أتحسن" "حالتى ميئوس منها" "لن أتحسن مطلقا" "سوف يشعر معالجى بالإحباط" "إن معالجى لا يعالجنى بالطريقة الصحيحة" "إن العلاج المعرفى لا يناسب حالتى" "أنا خلقت لأكون مكتئبة إلى الأبد" "إنه كان وهمًا حينما شعرت بالتحسن فى بداية العلاج". كذلك يمكن للمريضة أن تتخيل صورة معينة مثل أن ترى نفسها خائفة وحدها، حزينة، قابعة فى ركن من أركان الفراش. ويساعد المعالج المريضة على الاستجابة لهذه الأفكار والأخيلة وكتابة بطاقات التكيف. كما يمكنه تذكيرها بمنحنى التقدم فى العلاج أو مراجعته معها.

المعالج: سالى، إنتى متحسنة كتير، وحالتك المزاجية مرتفعة.

المريضة: أنا حاسة بتحسن فعلاً.

المعالج: لأنه من الممكن أن يحصل تراجع فى حالتك وأنا عاوز أناقش الحكاية دى معاكى مقدمًا، علشان تعرفى تتصرفى لو حصل أى شىء.

المريضة: ماشى.

المعالج: أنا عايزك كده تتخيلى إن مر عليكى أسبوع ما فيهوش حاجة كويسة خالص وكل حاجة رجعت زى الأول. ورجع الاكتئاب ثانى ، تقدرى تتخيلى الحكاية دى؟

المريضة: آه . زى حالتى قبل العلاج.

المعالج: بالضبط، تقدرى تقولى لى إيه إللى بيدور فى مخك دلوقت؟

المريضة: (تسكت قليلاً) ده مش عدل، أنا كنت ماشية كويس، الظاهر العلاج ده مش نافع.

المعالج: كويس دلوقت إزاى تقدرى تجاوبى على الأفكار دى؟

المريضة: مش عارفة بالضبط.

المعالج: إنتى عندك خيارات. تقدرى تستمرى فى الأفكار الكئيبة دى، تتوقعى إيه اللى ها يحصل لو استمريتى؟

المريضة: ممكن أشعر بتدهور أكثر.

المعالج: أو ممكن تقولى لنفسك ده مجرد تراجع مؤقت. تفتكرى حاتحسى بإيه؟

المريضة: أفتكر حاشعر بتحسن أو على الأقل ما تزيدش الحالة.

المعالج: دلوقت لما فكرت نفسك بإن الحالة دى مؤقتة، إيه اللى تعلمتيه فى الأسابيع الأخيرة إللى ممكن يساعدك دلوقت؟

المريضة: ممكن أعمل سجل الأفكار السلبية، أو أحاول ما فكرش فى الحكاية دى بالتركيز على الحاجة إللى بأعملها.

المعالج: أو الاثنين مع بعض.

المريضة: أو الاثنين مع بعض.

المعالج: هل فيه سبب يخلى الطرق إللى نفعت معاكى فى الأول ما تنفعش دلوقت؟

المريضة: لأ مفيش.

المعالج: يعنى تقدرى تقيمى أفكارك التلقائية وتستجيبى لها بطريقة إيجابية، ويا ريت يكون باستعمال سجل الأفكار السلبية وتبدأى تركزى فى حاجة تانية. يا ترى الكلام يستاهل نكتبه علشان يكون عندك خطة فى حالة حدوث أى انتكاسة أو تراجع؟

أنشطة قرب إنهاء العلاج:

الاستجابة للقلق الناجم عن التخفيض التدريجى للجلسات:

قبل نهاية العلاج بعدة أسابيع يناقش المعالج مع المريضة-على سبيل التجربة- تخفيض الجلسات إلى مرة كل أسبوعين بدلاً من مرة أسبوعيًا. وعلى الرغم من أن مرضى كثيرين يقبلون ذلك بسهولة، فإن مرضى آخرين يشعرون بالقلق. وإنه لمن المفيد لهؤلاء المرضى أن تعدد لهم بطريقة شفهية أو مكتوبة مزايا تخفيض عدد الجلسات. وإذا لم تقتنع المريضة بذلك يستطيع المعالج أن يستخدم الأسئلة السقراطية ليساعدها على رؤية ذلك بوضوح وما هى أسباب قلقها. وكذلك يمكن مناقشة العيوب حتى تتاح للمعالج فرصة أن يوضح للمريضة معقولية هذه

العيوب ووضعها فى الإطار الصحيح. (انظر الشكل ١٥-٢). والحوار التالى يبين كيف يمكن أن تتم هذه المناقشة.

المعالج: فى جلستنا اللى فاتت إحنا اتكلمنا بسرعة كدة عن تجربة إن إحنا نخفض عدد الجلسات بالتدريج. يا ترى فكرت إنك تيجى كل أسبوعين على سبيل التجربة؟

المريضة: فكرت، لكن حسيت شوية بقلق.

المعالج: إيه اللى دار فى مخك؟

المريضة: لو حصل حاجة وأنا ماعرفتش أتصرف، أو لو حسيت بالاكتئاب تانى حاعمل إيه. أنا ما أقدرش أتحمل.

المعالج: ويا ترى حاولت تقيمى الفكرة دى؟

المريضة: أيوه. أنا حسيت إنى ببالغ شوية لأن دى مش النهاية الأخيرة للعلاج. وإنت قلت لى إنى ممكن أتصل بيك لو احتجت لك؟

المعالج: دا صحيح، يا ترى اتخيلت موقف ممكن يحصل ويكون صعب؟

المريضة: لا فى الحقيقة.

المعالج: اتهيألى هيكون مفيد لو اتخيلتى موقف دلوقت.

المعالج: ماشى (تتخيل المريضة إنها حصلت على درجات متدنية فى الامتحان وتتعرف على أفكارها التلقائية وتتعامل مع هذه الأفكار وتضع خطة للتعامل مع هذه الظروف).

المعالج: دلوقت تقدرى تقولى لى إيه الفكرة التلقائية التانية اللى عندك عن تخفيف الجلسات اللى هى "إنك حاتتعبى أكثر، ومش هاتقدرى تحتملى ده لوحدك".

المريضة: ممكن ميكونش الكلام ده صحيح، إنت خليتنى أعرف إنى ممكن أتحمل التعب لوحدى ، بس أنا مش عاوزة أتعب ثانى.

المعالج: خلينا نفترض إن الحالة ساءت وقدامك أسبوع ونص على ميعاد الجلسة. إيه اللى ممن تعمليه.

المريضة: ممكن أعمل اللى عملته من شهر. لما رجع لى الاكتئاب ثانى. راجعت مذكرات العلاج ثاني، وأكدت لنفسى إنى حافضل نشيطة، واشتغلت أكثر فى سجل الأفكار التلقائية. ولقيت فى المذكرات العلاجية لستة ببعض الحاجات اللى ممكن أعملها.

المعالج: ياترى لو لقيتى اللستة دى ثانى ممكن تساعدك؟

المريضة: أفتكر كده، أى حاجة عملتها وساعدتنى ممكن أعملها ثاني.

المعالج: إيه رأيك لو يكون الواجب إنك تحاولى تلاقى اللستة دى وتشتغلى فى سجل الأفكار السلبية على الفكرتين دول "ممكن حاجة تحصل وماقدرش أتحملها لوحدي" و"مش ممكن أحتمل حالة الاكتئاب ثانى".

المريضة: ماشى.

المعالج: فيه حاجة ثانية بخصوص تباعد مواعيد الجلسات؟

المريضة: بس هافتقدك، وهافتقد الكلام معاك كل أسبوع.

المعالج: وأنا كمان، يا ترى فيه حد تانى ممكن تتكلمى معاه حتى ولو شوية؟

المريضة: ممكن أقول لزميلتى فى السكن بعض الحاجات. وأفتكر ممكن أتصل بأخويا.

المعالج: دى فكرة كويسة. مش عاوزه تكتبى الكلام ده كمان علشان تعمليه.

المريضة: ماشى.

المعالج: وأخيرًا إنتى فاكرة إن إحنا قلنا إن هانجرب نخلى الجلسات كل أسبوعين؟ وإذا الحكاية مانفعتش نقدر نرجع تانى للجلسات الأسبوعية.

مراجعة ما تم تعلّمه فى العلاج:

يشجع المعالج المريضة على قراءة مفكرتها العلاجية ومحاولة تنظيم محتوياتها حتى تتمكن من الرجوع إليها بسهولة فى المستقبل وكواجب منزلى يمكنها أن تكتب نبذات عن النقاط المهمة والمهارات التى تعلمتها فى الجلسات ومراجعتها بصفة دورية.

جلسات العلاج الذاتى:

على الرغم من أن مرضى كثيرين لا يتبعون العلاج الذاتى بطريقة منتظمة فإنه من المفيد ان تناقش خطة لهذا النوع من العلاج (انظر الشكل ١٥-٣)، وأن نشجع المرضى على استخدامه. ويمكن للمريضة أن تحاول ممارسة جلسات العلاج الذاتى فى أثناء التخفيف التدريجى للجلسات العلاجية، وبهذه الطريقة يمكن لها أن تستشير المعالج فى أى مسألة متعلقة بهذا الممارسة (مثل عدم كفاية الوقت أو عدم الفهم الصحيح لما ينبغى عمله). وكذلك استشارته بشأن الأفكار الدخيلة أو المعطلة (هذا كثير- أنا لست بحاجة إلى عمل ذلك – لا أستطيع القيام بكل ذلك وحدى) وبالإضافة إلى ذلك، فإن المعالج يذكر المريضة بأهمية العلاج الذاتى ومزاياه فتستطيع أن تمارسه على حسب ظروفها وبدون تكلفة. علاوة على ذلك يمكنها الاحتفاظ بالمهارات التى تعلمتها، وتكون جاهزة للاستخدام فى الظروف المناسبة. فيمكنها أن تتعامل مع الصعوبات قبل أن تستفحل وتقلل من إمكانية الانتكاسة وكذلك

يمكنها استخدام مهاراتها الجديدة فى إثراء حياتها من جوانب متعددة. والشكل (١٥-٣) يوضح خطة جاهزة للعلاج الذاتى يمكن للمعالج أن يراجعها مع المريضة ويعدلها لتتلاءم مع احتياجاتها وكثير من المرضى يستفيدون من نظام تذكر "فى البداية تقدرى تعملى الجلسات الذاتية مرة فى الأسبوع وبعدين مرة كل أسبوعين وبعدين مرة فى الشهر وبعد كدة مرة كل ثلاثة شهور وبعدين مرة فى السنة. يا ترى تقدرى تفكرى نفسك بالجلسات دى بصفة دورية؟".

مميزات تخفيف الجلسات:

١- سيكون لدىَّ فرصة لتقوية الوسائل التى تعلمتها.

٢- سوف أكون أقل اعتمادًا على معالجى.

٣- يمكن استعمال مصاريف العلاج فى أمور أخرى.

٤- يمكن أن أقضى وقتًا أطول فى عمل أشياء أخرى.

عيوب تخفيف الجلسات	إعادة الصياغة
١- يمكن أن أنتكس	إذا انتكست فذلك أفضل بينما أنا مازلت فى مرحلة العلاج فأستطيع التصرف
٢- ربما لا أستطيع حل المشاكل بنفسي	تخفيف العلاج يمنحنى الفرصة لاختبار الفكرة التى أريد اختبارها مع معالجي). وعلى المدى البعيد فإنه من الأفضل لى أن أتعلم حل المشاكل بنفسى لأننى لن أكون تحت العلاج إلى الأبد.
٣- سوف أفتقد معالجي	ربما هذا صحيح لكننى سوف أكون قادرة على التحمل، وسوف يشجعنى ذلك على تكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية .

الشكل ١٥-٢ مميزات وعيوب تخفيف الجلسات التدريجى لسالي

الاستعداد لاحتمالات التراجع بعد انتهاء العلاج:

وكما ذكر سالقًا، فإن على المعالج أن يهيئ المريضة لاحتمالات التراجع فى حالتها منذ بداية العلاج. وقرب انتهاء العلاج يشجع المعالج المريضة أن تعد بطاقات للتكيف تحدد فيها ما ينبغى عليها عمله إذا حدث تراجع فى حالتها بعد انتهاء العلاج. ويمكنها مناقشة هذه البطاقات فى أثناء العلاج، ويمكن كذلك للمريضة أن تكتب البطاقة فى أثناء الجلسة ذاتها أو كواجب منزلى (انظر الشكل ١٥-٣ لبطاقة نموذجية).

نموذج إرشادى لجلسات العلاج الذاتى

أعد الأچندة

ما المسائل المهمة والمواقف التى على التفكير فيها؟

٢- مراجعة الواجب المنزلى:

ماذا تعلمت؟

إذا لم أكن قد أعددت الواجب، فماذا عطلنى عن ذلك (مشاكل عملية- أفكار تلقائية؟)

ماذا علىَّ أن أفعل حتى يسهل على عمله هذه المرة؟

ماذا علىَّ الاستمرار فى عمله للواجب المنزلى؟

٣- مراجعة للأسابيع السابقة:

بخلاف الواجب المنزلى المحدد، هل استعملت أى أداة من أدوات العلاج المعرفى؟

بالنظر إلى الوراء هل كان من المفيد لو استخدمت وسائل العلاج المعرفى أكثر من ذلك؟

كيف يمكن أن أتذكر استخدام وسائل العلاج المعرفى فى المرات القادمة؟

ما الأشياء الإيجابية التى حدثت هذا الأسبوع ، وما الذى أستحق عليه مكافأة هذا الأسبوع؟

- هل حدثت مشاكل؟ وماذا فعلت أنا حيالها؟ وإذا حدثت نفس المشكلة مرة أخرى، فكيف سأتعامل معها؟

٤- فكِّر فى المواقف والمشاكل الحالية:

هل أتعامل مع هذه المشاكل بطريقة واقعية؟ أم أنا أبالغ بعض الشىء؟

- هل هناك طريقة أخرى للنظر فى هذه المشاكل؟
- ماذا على أن أفعل؟

٥- توقع المشاكل المحتملة من الآن وحتى موعد الجلسة القادمة:

- ما المشاكل الممكن حدوثها فى الأيام القليلة القادمة؟
- وماذا علىَّ أن أفعل إذا حدثت المشكلة؟
- هل من المفيد أن أتخيل نفسى متكيفًا مع المشكلة؟
- ما الأحداث الإيجابية التى علىَّ أن أنتظر حدوثها؟

٦- أعِدّ واجبًا منزليًا جديدًا:

ما الواجب المفيد الذى علىَّ أن ألتزم به؟

- عمل سجل الأفكار المعطلة؟
- مراقبة نشاطاتى.
- جدولة الأنشطة السارة أو التى أستطيع السيطرة عليها.
- العمل مع الهرم التصاعدى للنشاط.
- قراءه المذكرات العلاجية.
- ممارسة المهارات التى تعلمتها مثل الاسترخاء أو التخيل.
- عمل شعارات إيجابية لتدعيم الذات.
- ما السلوكيات التى علىَّ أن أغيرها؟

٧- موعد الجلسة العلاجية القادمة:

- ما الموعد المناسب للجلسة القادمة؟ وما الوقت الذى ينبغى أن يمر من الآن وحتى موعد هذه الجلسة ؟
- هل علىَّ أن أطلب مواعيد منتظمة لجلسات قادمة ، كل أسبوع ، شهر، ثلاثة أشهر؟

الشكل (١٥-٣) نموذج إرشادى لجلسات العلاج الذاتى

ما الذى يمكن أن أفعله فى حالات التراجع أو الانتكاسة؟

١- عندى خيارات. إما أن أهول من شأن الانتكاسة، وأجعل نفسى متضايقة، وأفكر بأنه لا أمل ومن المحتمل أن تسوء الحالة، أو يمكننى الرجوع إلى مذكراتى العلاجية، أذكر نفسى أن الانتكاسة هى جزء طبيعى من عملية الشفاء، وأرى ما

يمكن أن أتعلمه من هذه الانتكاسة . إن ذلك يمكن أن يجعلنى أشعر بالتحسن أو أن الانتكاسة أقل حدة

٢- ثانيًا علىَّ أن أعقد جلسة للعلاج الذاتى وأحاول التغلب على متاعبى الحالية.

٣- يمكننى الاتصال بمعالجى، وأن أخبره بما فعلته وحدى، وأن أناقش معه إمكانية الرجوع للجلسات العلاجية إذا كان ذلك فى مصلحتى.

الشكل ١٥-٤ بطاقة سالى التكيفية عن الانتكاسات

الجلسات التعزيزية:

يتفق المعالج مع المريضة على الإعداد لجلسات تعزيزية بعد انتهاء العلاج، وذلك لعدة أسباب؛ فإذا حدثت أية مشكلة أو واجهت المريضة أية صعوبات تستطيع أن تناقش مع المعالج كيف تتناولها، وإن كانت قد تصرفت بطريقة صحيحة، وكيف يمكن التصرف بطريقة افضل إذا كان هناك قصور ما. وينظر المعالج والمريضة معا للأيام والأسابيع القادمة متوقعين حدوث أية صعوبات قد تحدث وكيفية التعامل معها. ويمكنهما تكوين خطة للتعامل مع هذه الصعوبات. وتوقع المريضة أن يسألها المعالج عن جلسات العلاج الذاتى ومدى تقدمها فى هذا المجال يجعل المريضة حريصة على عمل الواجب المنزلى وممارسة المهارات التى تعلمتها. بالإضافة إلى ذلك يستطيع المعالج أن يساعد المريضة أن تحدد إذا ما كانت الأفكار التلقائية السلبية السابقة قد نشطت مرة أخرى. وإذا كان الأمر كذلك يمكنهما إعادة تصحيح هذه الأفكار فى الجلسة نفسها، ويخططان لمتابعة ذلك فى الواجب المنزلى.

وتتيح الجلسات التعزيزية أيضًا الفرصة للمعالج أن يتبين ظهور أية استراتيجيات معطلة (مثل التجنب)؛ فالمريضة تعبر عن أى هدف حالى أو سابق غير محقق وتعمل على تحقيقه وفقًا لخطة معينة، كذلك يمكن للمعالج والمريضة أن يراجعا معًا جلسات العلاج الذاتى ومدى فاعليتها والعمل على تصحيح ما يحتاج إلى تصحيح. وأخيرًا، فإن علم المريضة بأن هناك لقاءً قادمًا مع المعالج قد يحفزها على الحفاظ على تقدمها بمفردها حتى يرى ثمرة اجتهادها.

وللتحضير للجلسات التعزيزية، يزود المعالج المريضة بقائمة من الأسئلة كما هو موضح بالشكل(١٥-٥).

دليل إرشادى للجلسات التعزيزية:

أ- جدولى مواعيدك وحددى مواعيد محددة بقدر الإمكان واتصلى للتأكد من ذلك.

ب- ضعى فى الاعتبار إن هذه الجلسات هى إجراء وقائى حتى ولو كانت الحالة متحسنة تمامًا.

ج- قبل أن تحضرى للجلسات، أعدى نفسك ، وقررى ماذا يمكن أن أستفيد من مناقشته مع المعالج، وذلك يشمل:

١- هل أمورك على ما يرام؟

٢- ما المشاكل التى استجدت؟ وماذا فعلت حيالها؟ وهل كان يمكن التعامل معها بطريقة أفضل؟

٣- ما المشاكل التى يمكن أن تستجد بين الجلسة التعزيزية والجلسات التالية؟ تخيلى المشكلة بالتفصيل. ما الأفكار التلقائية التى يمكن أن

تكون لديك؟ وما المعتقدات التى يمكن ان تكون قد نشطت لديك؟ وكيف ستتعاملين معها؟ وكيف ستحل المشكلة؟

٤- ما العلاج المعرفى الذى تبنيته؟ وما العلاج الذى ستتبنيه من الآن وحتى الجلسة القادمة؟ وما الأفكار التلقائية التى يمكن أن تظهر فى الطريق؟ وكيف ستتجاوب مع هذه الأفكار؟

٥- ما الأهداف الأخرى التى تريد تحقيقها؟ وكيف تستطيع تحقيقها؟ وكيف ستساعدك الأشياء التى تعلمتيها فى العلاج المعرفي؟

الشكل(١٥-٥) دليل إلى الجلسات التعزيزية

وكما يوضح الحوار التالى، فإن هدف الجلسة التعزيزية هو الاطمئنان على حالة المريضة والعمل على استمرار التحسن والتقدم.

المعالج: أنا سعيد إنك حضرتى النهار ده، لكن واضح من الاستبيان اللى قدامى إنك شوية مكتئبة أكثر مما كنت عنه فى نهاية العلاج؟

المريضة: أيوه أنا قطعت علاقتى مع خطيبى اليومين دول؟

المعالج: أنا آسف بس تفتكرى هو ده السبب اللى رفع درجات الاكتئاب بالشكل ده؟

المريضة: أفتكر كده، أنا كنت كويسة خالص لغاية الأسبوع اللى فات.

المعالج: يا ترى هو ده الموضوع اللى عاوزانا نتكلم فيه النهارده؟

المريضة: نعم، وكمان عاوزه أناقش تقدمى أو تأخرى فى موضوع الشغل الصيف ده

المعالج: ماشى وكمان عاوز أشوف إنتى عاملة إيه بصفة عامة، وهل يا ترى قابلتى أى صعوبات وإزاى اتعاملتى معاها، وإيه الواجب المنزلى اللى كنت

مواظبة عليه، وكمان نشوف إيه المشاكل اللى ممكن تقابلك فى الأسابيع الجاية أو الشهور الجاية.

المريضة: ماشى.

المعالج: تحبى نبدأ الأول بموضوع فسخ العلاقة، يا ترى إيه اللى حصل؟ (يناقشان باختصار موضوع فسخ العلاقة ويركز المعالج هنا على تفاعل المريضة مع موضوع الفسخ، وهل هناك أفكار تلقائية قديمة قد نشطت) (تلخيص). يعنى الأمور بدأت تتدهور وهو قال لك إنه يفكر يشوف واحدة ثانية. لما قال لك كده إيه اللى دار فى مخك ساعتها؟

المريضة: إنه ما كانش بيحبني.

المعالج : وده معناه إيه بالنسبة لك؟

المريضة: معناه أن علىَّ أن أشوف حد تاني.

المعالج : وده معناه إيه بالنسبة لك. إن عليكى إنك تشوفى حد تاني

المريضة: هيكون صعب جدًا.

المعالج: وده معناه إيه أن ده حيكون صعب جدًا؟

المريضة : أفتكر معناه إنى مش محبوبة قوى.

المعالج: يا ترى قد إيه كان اعتقادك إنك مش محبوبة ساعة ما قال لك إنه عاوز يشوف واحدة ثانية؟

المريضة: يمكن ٩٠%؟

المعالج: وقد إيه عندك الاعتقاد ده دلوقت؟

المريضة: أقل، يمكن ٥٠ أو ٦٠%.

المعالج: وإيه اللى عمل الفرق ده؟

المريضة: يعنى، جزء منى بيقول إن إحنا ما كناش مناسبين لبعض من الأول؟

المعالج: معنى كده إنك كنت قادرة تعدلى فكرة (إنك مش محبوبة).

المريضة: إلى حد ما.

المعالج: طيب إيه اللى تعلمتيه من العلاج إنك تقاومى فكرة إنك مش محبوبة وتعززى فكرة إنك محبوبة؟

المريضة: كان ممكن أعمل سجل الأفكار التلقائية المعطلة، وأنا عارفة إن المفكرة العلاجية فيها كثير منه. كان لازم أرجع أقرأها تانى.

المعالج: ده كان ممكن يساعدك كتير، يا ترى بتفكرى تعملى الكلام ده؟

المريضة: نعم، أنا يمكن كنت فاكرة إن الكلام مش حايفيد كثير.

المعالج: ودلوقت، رأيك إيه؟

المريضة: هو ساعدنى قبل كده واتهيألى لازم يساعدنى تاني.

المعالج: إيه الأفكار اللى ممكن تجيلك وإنتى راجعة على البيت أو وإنتى بتعملى السجل فى اليومين الجايين؟

المريضة: ما فيش، أنا حاعمله ويمكن يساعدنى.

المعالج: بس ممكن الفكرة دى ،" مش راح يفيد" تراودك تانى إذا قابلتى موقف صعب زى ده؟

المريضة: ممكن.

المعالج: إيه اللى ممكن تعمليه دلوقت علشان تختبرى الفكرة دى؟

المريضة: إيه اللى ممكن أعمله دلوقت؟

المعالج: إيه اللى ممكن تعمليه علشان يفكرك أن الفكرة دى راودتك وإنتى أدركت إنها غير صحيحة؟

المريضة: لازم أكتب الكلام ده فى ورقة أحطها فى درج مكتبى.

المعالج: كويس، إيه رأيك تكتبى بعض الحاجات التى ناقشناها النهارده، عمل سجل للأفكار التلقائية السلبية "أنا مش محبوبة" ، قراءة النوتة العلاجية، وكتابة الرد على الفكرة "مش رايح يفيد" وتحطيها فى درج مكتبك.

فى هذا الجزء من الجلسة التعزيزية، يقدر المعالج مدى اكتئاب المريضة، ويعد الأجندة ويناقش موضوعًا واحدًا، ويساعد المريضة أن تعد الواجب المنزلى لنفسها، ويؤكد المعالج أن الاكتئاب كان بدرجة خفيفة، ومرده إلى فسخ العلاقة مع خطيبها (وإذا كان الاكتئاب شديدًا فعلى المعالج أن يقضى وقتًا أطول فى تقصى الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات الخاطئة التى تكون قد نشطت، وكان على المعالج والمريضة مناقشة الإعداد لجلسات تعزيزية أخرى).

وهنا نلاحظ أن المريضة كانت قادرة على التعبير بسهولة عن أفكارها التلقائية والمعتقدات التحتية. وقد استغرقت هى والمعالج وقتًا أقل فى وضع خطة لتعديل أفكارها التلقائية؛ ذلك لأنها تعلمت كل ذلك فى أثناء العلاج. وهى فقط كانت بحاجة إلى الجلسات التعزيزية لتذكرها استخدام هذه الأدوات.

وملخص لما سبق، فإن العمل على منع الانتكاسة يكون على مدار فترة العلاج، وأن مشاكل تخفيف الجلسات وانتهاء العلاج تناقش كأية مشكلة أخرى. مع المساعدة فى حل مشاكل المريضة والاستجابة للأفكار التلقائية السلبية و العمل على تقويمها.

الفصل السادس عشر

التخطيط للعلاج

كيف يقرر المعالج فى أية لحظة خلال العلاج ما عليه أن يقوله أو يفعله بعد ذلك؟

ثمة إجابات جزئية وردت خلال الفصول السابقة، ولكن هذا الفصل سوف يتناول بالتفصيل وبطريقة متكاملة كيفية التخطيط واتخاذ القرارات فى أثناء العملية العلاجية. ولكى يبقى العلاج مركزًا وموجهًا فى اتجاه واحد. فعلى المعالج أن يسأل نفسه باستمرار هذا السؤال (ما المشكلة الأساسية هنا؟ وما الذى يمكننى إنجازه فى هذه المرحلة؟)؛ فعليه أن يكون على وعى كامل بأهدافه خلال الجزء الحالى من الجلسة أو خلال الجلسة كلها وخلال المرحلة العلاجية الحالية، وكذلك خلال العملية العلاجية كلها. ويرسم لنا هذا الفصل عدة نقاط أساسية من أجل خطة علاجية عاملة تهدف إلى إنجاز أهداف علاجية واسعة، والتخطيط للعلاج عبر الجلسات. ويشمل ذلك وضع خطة علاجية، والتخطيط لجلسة واحدة، واتخاذ القرار بالتركيز على مشكلة ما وتعديل أو تحوير العلاج من أجل اضطرابات معينة.

إنجاز الأهداف العلاجية العامة:

يطمح المعالج - على المستوى الأعم - إلى تسهيل عملية الشفاء مما تعانيه المريضة ومنع الانتكاسة. و لكى يتحقق ذلك فليس عليه فقط أن يخفف من الأعراض المرضية عن طريق تعديل الأفكار والمعتقدات السلبية وتعديل السلوك، بل عليه أيضًا أن يحفزها على الاستمرار فى عمل ذلك بمفردها بعد انتهاء العلاج. وبمعنى آخر أن تصبح هى معالجة لنفسها، ولكى يتم تحقيق هذه الأهداف العامة؛ فعلى المعالج أن يقوم بالآتى:

١- بناء علاقة وتحالف علاجى سليم مع المريضة.

٢- أن يجعل أهداف العلاج والعملية العلاجية واضحة بالنسبة إليها.

٣- أن يعلم المريضة ما هو النموذج المعرفى، ويشركها معه فى عملية تكوين المفهوم وصياغة حالتها ووصفها.

٤- يساعد على تخفيف التوتر من خلال طرق العلاج المعرفى وحل المشاكل معها.

٥- تعليم المريضة كيفية استخدام هذه الطرق بنفسها ومساعدتها على التوسع فيها وتشجيعها على استخدامها فى المستقبل.

التخطيط للعلاج عبر الجلسات:

يضع المعالج خطة عامة للعلاج وخطة خاصة لكل جلسة على حدة، ويمكن أن ينظر للعلاج من خلال ثلاث مراحل: البداية و المنتصف والنهاية. ففى المرحلة الأولى للعلاج (البداية) يخطط المعالج لإنجاز عدد من الأهداف (انظر الفصل الرابع) وهى: بناء تحالف علاجى قوى، والتعرف على أهداف المريض من العلاج وتحديدها، وحل المشاكل مع المريضة كلما أمكن، وتعليم المريضة سلوكيًا (خصوصًا إذا كانت مكتئبة ومنزوية)، وتعليم المريضة ماهية مرضها ، وكذلك تعليمها كيف نتعرف على أفكارها التلقائية وتقييمها وتعديلها، وكذلك إعداد المريضة لتقبل عمل الواجب المنزلى وإعداد الأچندة وإمداد المعالج بالنتيجة، وكذلك إعطاء التعليمات للمريضة عن كيفية التكيف.

وفى المراحل المبكرة من العلاج غالبًا ما يأخذ المعالج دور القيادة فى إعداد الأچندة وإعداد الواجب المنزلي. وفى المرحلة الوسطى من العلاج يستمر المعالج فى التركيز على الأهداف السابقة مع التركيزعلى التعرف على معتقدات المريضة الجوهرية وتقييمها وتعديلها، ويشرك معه المريضة فى عملية التقييم

لحالتها، ويستخدم الوسائل المنطقية Rational والشعورية Emotional لتسهيل عملية التعرف على المعتقدات وتعديلها. بالإضافة إلى ذلك، فعلى المعالج (إذا أمكن) مساعدة المريضة على إعادة صياغة أهدافها وتعلمها المهارات التى تحتاجها لتحقيق أهدافها. وفى المرحلة الأخيرة من العلاج يتوجه التركيز على عملية إنهاء العلاج والعمل على منع الانتكاسات (انظر الفصل الخامس عشر) وعند هذه النقطة تكون المريضة أكثر تفاعلاً فى عملية العلاج آخذة دورًا قياديًا فى إعداد الأجندة، كما تكون قادرة أيضًا على اقتراح حلول لمشاكلها وعلى إعداد الواجب المنزلى لنفسها.

تصميم خطة علاجية:

يصمم المعالج الخطة العلاجية على أساس تقييمه للمريضة، ولأعراضها المرضية طبقًا للمحورين الأول والثانى من دليل تشخيص الأمراض النفسية الأمريكى وطبقًا لحالتها الراهنة ومشكلتها التى طلبت العلاج من أجلها. فسالى على سبيل المثال قد حددت أربعة أهداف فى الجلسة العلاجية الأولى، وهى تحسين أدائها الدراسي، وتقليل القلق المصاحب للاستعداد للامتحانات، والاختلاط بالناس بطريقة أفضل، وكذلك الالتحاق ببعض النشاطات المدرسية. وعلى أساس تقييم حالتها المرضية وهذه الأهداف الأربعة أعد المعالج خطة علاجية عامة (انظر الشكل ١٦– ١). وفى كل جلسة كان يعمل فى عدد من المناطق التى تم تحديدها فى الخطة بناء على ما تم مناقشته فى الجلسات السابقة، وعلى ما فعلته سالى فى الواجب المنزلى والمشاكل أو الموضوعات التى حددتها سالى فى الأجندة فى ذلك اليوم. ويأخذ المعالج كل مشكلة على حدة، ويتناولها بالتحليل النقدى إما بطريقة شفوية أو مكتوبة (الشكل ١٦ – ٢).

وبعد الانتهاء من صياغة خطة علاجية عامة يلتزم بها المعالج إلى حد ما، مراجعة إياها كلما لزم الأمر. ولتحليل مشكلة بعينها يلزمه أن يضع فى اعتباره

الصعوبات التى تواجهها المريضة أو أن يضع خطة علاجية مناسبة لها، وكذلك عليه التركيز على كل جلسة وأهدافها ممسكًا بالخيط الذى يربط بين الجلسات، ويكون أكثر إدراكًا لتطور المريضة.

خطة علاج سالى:

١- حل مشكلة التركيز لديها وكيفية تحسينه، وطلب المساعدة المطلوبة من الآخرين ومقابلة المزيد من الناس والانضمام للأنشطة المختلفة.

٢- مساعدتها على التعرف على أفكارها التلقائية عن نفسها ومدرستها، والناس والعلاج، وخصوصًا تلك الأفكار التى تعطلها عن حل مشاكلها أو تسبب لها القلق والانزعاج.

٣- البحث عن المعتقدات الخاطئة وعن مفهوم الكمال وطلب المساعدة من الآخرين.

٤- مناقشة نقدها الدائم لنفسها والعمل على زيادة الثقة بالنفس.

٥- تقليل الوقت الذى تقضيه فى الفراش.

الشكل (١٦-١) خطة علاج سالى

التخطيط للجلسة الواحدة:

يسأل المعالج نفسه عدة أسئلة قبل وفى أثناء الجلسة حتى يمكنه صياغة خطة عامة للجلسة لكى تكون مرشدًا له خلال إدارة الجلسة العلاجية، وبشكل عام يسأل المعالج نفسه هذا السؤال: ما الذى ينبغى علىَّ تحقيقه، وكيف يمكن تحقيقه بكفاءة؟ والمعالج المحنك يفكر تلقائيًا فى أمور كثيرة ومحددة وتبدو القائمة التالية من الأسئلة مثبطة لهمة المعالج المبتدئ، إلا أنها تعتبر مرشدًا نافعًا للمعالجين

الأكثر تقدمًا الذين يرغبون فى تحسين قدراتهم على اتخاذ القرارات التى من شأنها أن تحسن أداءهم فى الجلسة العلاجية، ولقد صممت هذه القائمة لكى تقرأ وتؤخذ فى الاعتبار قبل الجلسات؛ حيث إن قراءتها فى أثناء الجلسة من شأنه أن يعطل سير العملية العلاجية.

١ - يراجع المعالج الأچندة العلاجية والجلسات السابقة ويسأل نفسه:

- ما نوع مرض المريضة؟ وما مدى شدته الآن بالمقارنة مع بداية العلاج؟
- كيف يمكن تحوير العلاج المعرفى القياسى حيث يتناسب مع هذه المريضة وطبيعة مرضها.
- كيف حددت وكونت مفهومًا عن صعوبات المريضة؟ (يمكن الرجوع إلى مخطط تكوين المفهوم فى العلاج المعرفى).
- ما المرحلة التى وصلت لها المريضة الآن؟ وكم عدد الجلسات الباقية؟ (إذا كان العدد محددا).
- ما مشاكل المريضة الرئيسية؟ ما أهدافها؟ وماذا حققنا حتى الآن فى أى منها وإلى أى مدى؟ وما المشكلة التى ركزنا عليها حديثًا؟
- ما التقدم فى حالة المريضة حتى الآن من حيث المزاج والسلوك والأعراض؟
- ما شدة التحالف العلاجى بيننا؟ وكيف يمكن تقويه هذا التحالف؟
- على أى مستوى معرفى كنا نعمل حتى الآن؟ هل نعمل على مستوى الأفكار التلقائية أو الأفكار الوسطية، أو المعتقدات الجوهرية أو هو خليط بين هذه المستويات؟ وما مدى التقدم الذى أحرزناه فى كل مستوى؟

- ما التغيرات السلوكية التى كنا نعمل عليها ومدى التقدم الذى تحقق؟
- ماذا حدث فى الجلسات القليلة الماضية؟ وإذا كانت هناك أفكار تلقائية قد عطلت العلاج فما هى؟ وكيف يمكننى التعامل معها؟ وما المهارات التى نعمل على تعلمها؟ وأى مهارة أريد أن أركز عليها حاليًا وأشجعها؟ وما المهارة الجديدة التى أريد أن أعلمها للمريضة؟
- ماذا حدث فى الجلسة السابقة؟ وما الواجب المنزلى الذى وافقت المريضة على عمله؟ وما الشىء الذى وافقت عليه (مثلاً الاتصال بطبيبها أو اقترضت كتابًا أو مقالاً له علاقة بمشكلتها).

٢ـ حينما يبدأ المعالج الجلسة العلاجية ويبدأ فى تقييم حالة المريضة المزاجية يسأل نفسه:

أ . ما المشاعر مقارنة بالجلسة السابقة؟ وبالمقارنة بحالتها العامة منذ البداية؟ وهل تحقق تقدمًا أم لا؟

ب . ما المزاج الغالب (مثلاً: الحزن، القلق، الغضب، الخجل)؟

ج. هل يضاهى التقييم الموضوعى تقييمها الشخصى لنفسها؟ وإذا لم يكن الأمر كذلك فلماذا؟

د. هل هناك شىء يتعلق بمزاج المريضة علينا وضعه فى الأچندة لمناقشته بطريقة أعمق؟

٣ـ حينما تقدم المريضة تقريرًا سريعًا عن الأسبوع الماضى يسأل المعالج نفسه:

أ. كيف انقضى هذا الأسبوع مقارنة بالأسابيع السابقة؟

ب. ما علامات التحسن الموجودة؟

ج. ما المشاكل التى استجدت هذا الأسبوع؟

د. هل حدث شيء يجعلها أكثر تفاؤلاً بالعلاج أو بتحقيق أهدافها؟

ه . هل حدث شيء فى هذا الأسبوع ينبغى وضعه فى الأچندة لمناقشته بطريقة أعمق؟

٤- حينما يراجع المعالج استعمال المريضة للأدوية أو الكحول أو المخدرات (إذا كان هناك ما يدعو لذلك) فهو يسأل نفسه:

أ . هل هناك مشاكل فى أى من هذه الأشياء؟

ب . هل علينا أن نضع أى من هذه الأشياء فى الأچندة لمناقشتها بطريقة أعمق؟

٥ . حينما يسأل المعالج المريضة عن العائد من الجلسات السابقة وملخص ما دار فيها يسأل نفسه :

أ . هل المريضة تعبر بصراحة عن شعورها بالنتيجة؟ إذا لم يكن الأمر كذلك، فهل يمكننى سؤالها بلطف الآن؟ أو هل يمكننى وضعه فى الأچنده ومناقشته فى جلسة أخرى؟

ب . كيف يمكننى تقوية التحالف العلاجى؟

ج . هل تتذكر المريضة الكثير من الجلسة السابقة؟ هل تستطيع التعبير عن أهم النقاط التى وردت فيها؟ إذا لم يكن ذلك، فهل كتبت ملاحظات كافية فى الجلسة السابقة؟ وهل علىَّ أن أضع هذه المشكلة فى أچنده اليوم؟

٦ . حينما يعد المعالج والمريضة الأچندة يسأل المعالج نفسه:

أ . ما المشكلة الأهم التى يمكن أن تناقش اليوم؟ وما المشكلة الأهم بالنسبة للمريضة؟ وما المشكلة التى يمكن حلها بسرعة؟ وما المشكلة التى إذا حلت تؤدى إلى تحسن فى الأعراض خلال جلسة اليوم؟

ب . ما المشكلة التى يمكن أن تستخدم اليوم فى تعليم مهارة ما؟

ج . هل من غير المفيد أن أناقش موضوعًا ما مثلاً فى جلسة مبكرة، هل كانت هناك مشكلة من التعقيد بحيث إنه ليس من السهل حلها؟ هل هناك مشكلة معينة يمكن أن تنشط من جديد معتقدات جوهرية لدى المريضة بطريقه أقوى حيث إنها حتى الآن لا تملك الوسائل التى تمكنها من الاستجابة الصحيحة لهذه المعتقدات الجوهرية الخاطئة؟.

٧ . حينما يرتب المعالج مع المريضة أولويات بنود الأچندة على المعالج أن يسأل نفسه:

أ . ما الوقت الذى ينبغى أن يتطلبه كل بند؟ وكم من البنود سوف نناقشها ؟

ب. هل هناك أية مشكله يمكن للمريضه أن تحلها بنفسها، أو مع شخص آخر أو يمكن مناقشتها فى جلسات قادمة؟

ج. ما هدفى الأساسى فى هذه الجلسة : التحسن فى المزاج أو تغير معرفى أو حل مشكلة أو تعديل سلوك أو تحسين التحالف العلاجى؟ وأى من هذه المشاكل أو البنود يمكن من خلال مناقشته تحقيق هذا الهدف؟

د. كيف تتشابك هذه البنود أو المشكلات مع ما تراه المريضة مهمًا بالنسبة لها؟

هـ. ما الوقت الذى علينا أن نخصصه لكل بند أو مشكلة؟

٨. حينما يراجع المعالج والمريضة الواجب المنزلى على المعالج أن يسأل نفسه:

ا- كيف يتناسب هذا الواجب المنزلى مع أچندة اليوم؟ وهل يمكن تأجيل بعض نقاط الواجب المنزلى إلى ما بعد مناقشة بنود الأچندة؟

ب- كم من الواجب أنجزته المريضة؟ إذا كان قليلاً فما السبب فى ذلك؟

ج. هل كان الواجب مفيدًا؟ إذا لم يكن كذلك فلماذا؟ وإذا كان مفيدًا فمـــاذا تعلمـــت المريضة؟

د. كيف يمكن تعديل واجب هذا الأسبوع حتى يكون أكثر نفعًا؟

٩- حينما يناقش المعالج والمريضة أول بنـود الأچندة يسأل المعالـج نفسه فى أربعة اتجاهات:

تحديد المشكلة:

أ- ما المشكلة.

ب- ما المواقف المعينة التى تظهر فيها المشكلة.

ج- لماذا تعتقد المريضة أن لديها هذه المشكلة؟ ولماذا أعتقد أن المريضـــة تعـــانى من هذه المشكلة؟

د- كيف تتلاءم هذه المشكلة مع المفهوم المعرفى العام عن المريضة؟ وما علاقتها بأهدافها الرئيسية؟

هـــ - ما الدور الذى تلعبه أفكار المريضة ومعتقداتها وسلوكها فى هذه المشكلة؟

تصميم الإستراتيجية:

ا- هل يمكن حلها بصراحة؟ ما الأفكار والمعتقدات التى يمكـــن أن تعرقـــل حـــل المشكلة أو تبنى حلاً ما؟

ب- ما الأفكار والمعتقدات التى علينا مناقشتها لكى تساعدنا على تغيير الســـلوك؟ وما الأفكار الجديدة والموضوعية التى يمكن أن تكون أكثـــر نفعًـــا لهـــذه المريضة؟ وما علاقة هذه الفكرة الجديدة بالمفهوم العام عن المريضة؟

اختيار الطريقة أو التكنيك:

ا- ما الذى أريد إنجازه بالتحديد ونحن نناقش بنود هذه الأچندة؟

ب- ما الطريقة أو التكنيك الذى عمل جيدًا مع هذه المريضة (أو مريضة مشابهة فى الماضى؟ وما الطريقة التى لم تعمل جيدًا؟

ج. ما الطريقة التى علىَّ أن أبدأ فيها أولاً؟

د. وكيف يمكن تقييم فاعليتها؟

هـ. هل سأستعمل الطريقة؟ أم أنى سأتعلمها أو أعلمها للمريضة؟

رصد العملية:

أ- هل نعمل سويًا كفريق؟

ب- هل تتبع المريضة ما أقودها نحوه؟

ج - هل لديها أفكار تلقائية معطلة عن نفسها، أوعن هذه الطريقة أو العلاج أو المعالج أو المستقبل؟

د- هل يتحسن مزاجها؟

هـ- كيف ستعمل هذه الطريقة؟ هل علينا الاستمرار فى هذه الطريقة؟ أم علىَّ أن أجرب طريقة أخرى؟

و. هل سوف ننهى مناقشة بنود الأچندة فى الوقت المحدد؟ إذا لم يكن فهل علىَّ أن أقطع النقاش أو علينا أن نقرر سويًا الاستمرار فى هذا البند ونؤجل أو نلغى بنودًا أخرى.

ذ. ما المتابعة التى على اقتراحها (الواجب المنزلى مثلاً) حتى أدعم ما تعلمته المريضة؟

خ. كيف ستتذكر المريضة الأشياء المهمة التى تتكلم فيها؟ هـل تـدون بطريقـه كافية؟

١٠. بعد مناقشة أول بنود الأچندة يسأل المعالج نفسه:

أ- ماذا تشعر المريضة الآن؟

ب- هل علىَّ أن أفعل شيئًا لأحسن التواصل معها؟

ج. هل علىَّ أن أرتب لمتابعة هذا البند (مثلاً واجب منزلي، الاتفاق على جعل نفس البند فى أچندة الأسبوع القادم، أو الاتفاق على عدم فتح هذا الموضوع إلى وقت آخر)؟

د. ما الوقت الباقى من الجلسة؟ هل لدينا وقت لبند آخر من بنود الأچنـدة؟ ومـاذا علينا أن نفعل بعد ذلك؟

١١. قبل إغلاق الجلسة، يسأل المعالج نفسه:

أ. هل علىَّ أن أسأل أكثر عن ردود فعل سلبية؟

ب. إذا كان هناك أى رد فعل سلبي، كيف سأتعامل معه؟

ج. هل فهمت المريضة الدافع الرئيسى للجلسة؟

د. هل ستتذكر المريضة المهارات أو الأفكار التى تعلمتها؟ وهـل أعـددنا واجبًـا منزليًا مناسبًا؟

قرار التركيز على مشكلة ما:

إن من القرارات الحاسمة فى كل جلسة هو اختيار مشكلة ما دون غيرها للمناقشة والمتابعة، وعلى الرغم من أن المعالج يتعاون مع المريضة فى هذا القرار. فإن عليه أن يقود العلاج فى اتجاه مناقشة المشاكل المزعجة والمتكررة

والمستمرة وفى اتجاه المشاكل التى يرى المعالج أن مناقشتها يمكن أن تحقق نتائج ملموسة وسريعة فى أثناء الجلسة، ويؤجل المشاكل التى يرى أن المريضة يمكن أن تحلها بنفسها والمشاكل التى يرى أنها أحداث منعزلة من الصعب أن تتكرر وتلك التى لا تشكل إزعاجًا كبيرًا أو تلك التى يرى فيها المعالج أن مناقشتها واستغلال وقت العلاج لن يفيد كثيرًا فى حلها. وبعد تحديد المشكلة يفعل المعالج أشياءً كثيرة ليقرر كم من الوقت والمجهود سيخصص لهذه المشكلة ويراجع اختياراته، ويفكر فى اعتبارات معينة مستخدما المرحلة العلاجية كمرشد ويكون قادرًا على تغيير الموضوع إذا لزم الأمر، وهذه الخطوات الخمس سوف توصف فيما يلى بالتفصيل:

جمع معلومات أكثر عن المشكلة:

حينما تذكر المريضة المشكلة فى البداية أو حينما تظهر فى منتصف الجلسة فإن على المعالج أن يقيم حجم المشكلة وإن كانت تتطلب تدخلاً أم لا. فعلى سبيل المثال قد وصفت سالى على الأچندة إن والدها متعثر فى أعماله وهى تشعر بالحزن حيال ذلك، فيسألها المعالج لكى تقدر ما مدى نفع تكريس وقت من الجلسة لهذه المشكلة.

المعالج: سالى.. إنتى قلتى إنك عاوزه تناقشى حاجة عن أبوك وأعماله؟

المريضة: نعم.. كان شغلة كويس قوى لفترة، وبعدين بدأ يتغير وزى ما يكون حيوصل للإفلاس.

المعالج: (يجمع معلومات أكثر) إذا أعلن إفلاسه ، يا ترى ده بيأثر فيكى قد إيه؟

المعالج: مافيش حاجة مباشرة، أنا بس متضايقة علشانه، طبعًا هو لسة عنده فلوس كفاية، بس هو اشتغل كثير قوى عشان يعمل الفلوس دى.

المعالج: (محاولاً أن يكشف أو يكتشف عن أى تشوش فى تفكير المريضة) تفتكرى

إيه اللى ممكن يحصل لو حصل إفلاس؟

المريضة: هو بدأ يدور على عمل ثانى، هو مش من النوع اللى يرقد أو يضيع وقته.

المعالج: (ما زال يحاول أن يبين إذا كانت المريضة تفكر بطريقة سلبية) هو ده أسوأ جزء فى الحكاية دى بالنسبة لك؟

المريضة: بس ربما يشعر بالاستياء.

المعالج: وأنت تشعرى بإيه لما هو يشعر بالاستياء.

المريضة: شعور وحش طبعًا..... حزينة.

المعالج: قد إيه حزينة؟

المريضة: ٧٥%.

المعالج: (مختبرًا، إذا كانت المريضة يمكن أن يكون لها نظرة طويلة المدى).

يا ترى عندك إحساس إنه بالرغم من أنه ممكن يشعر بالاستياء فى الأول، بس مش حيفضل كدة على طول؟ يعنى ممكن المشروع الجديد ينجح ويشعر بالتحسن؟

المريضة: أيوة.... طبعًا ده ممكن حيحصل.

المعالج: تفتكرى الحزن بتاعك ده طبيعى؟ أو ده مأثر عليك أكثر من اللازم؟

المريضة: أفتكر إن ده رد فعل طبيعى.

المعالج: (معتقدًا أن هذا الموضوع لا يتطلب عملاً أكثر من ذلك)، فيه حاجة ثانية بخصوص ده؟

المريضة: لأ... ما فتكرشى.

المعالج: أنا متأسف للى حصل لوالدك.. خلينى أعرف التطورات بعد كده.

المريضة: إن شاء الله.

المعالج: يا ترى تقدر ترجع للبند الثانى فى الأچندة؟ وفى موقف آخر يرى المعالج أن الموضوع يحتاج إلى تدخل بطريقة أكثر فاعلية.

المعالج: أنت كنت عاوزه تتكلمى عن بعض الترتيبات المعيشية للسنة الجاية؟

المريضة: نعم .. أنا متضايقة كثير. أنا وزميلتى فى السكن قررنا إن إحنا نعيش مع بعض؟ نانيس مش عاوزه تعيش فى حرم الجامعة. علشان كده فكرنا ندور على شقة فى وسط البلد أو فى الضواحى القريبة من الجامعة لكن هى حتسافر لأهلها فى الإجازة علشان كده كل المسؤولية حتبقى علىَّ لوحدى.

المعالج: إمتى حسيتى إنك متضايقة جدًا علشان الموضوع ده؟ (هنا يحاول المعالج أن يحدد إن كان شعور المريضة بالضيق لأن صديقها تركت كل العمل عليها أو لأنها لا تدرى ماذا تفعل أو كلا الأمرين معًا محاولاً أن يكتشف أفكارها التلقائية ومشاعرها).

المريضة: إمبارح بس لما وافقت إنى أبدأ أدور على شقة وهى مش موجودة. الحقيقة إمبارح بس أنا مش عارفة أعمل إيه.

المعالج: كانت إيه مشاعرك؟

المريضة: مرتبكة وقلقانة؟

المعالج: وكان إيه اللى بيدور فى مخك الليلة اللى فاتت وأنت بتفكرى فى الموضوع ده؟

المريضة: مش عارفة أعمل إيه، مش عارفه أبدأ إزاى.

المعالج: (باحثًا عن الصورة ككل، مقررًا أن هنـاك أفكـارًا تلقائيـة أخـرى ذات أهمية). إيه تانى كان بيدور فى مخك؟

المريضة: كنت بسأل نفسى "يا ترى حابدأ منين؟ أنا عمرى ما عملـت حاجـة ذى دى قبل كده. يا ترى أروح مكتب عقارات؟ يا ترى أشوف الإعلانات فى الجريدة؟"

المعالج: (ما زال يبحث عن أفكار تلقائية أخرى) يا ترى كان عندك أى أفكار عـن صديقتك؟

المريضة: لأ... فى الحقيقة لأ... هى قالت هى حتساعدنى لما ترجع. هـى قالـت انتظرى لغاية ما أرجع.

المعالج: يا ترى كان عندك أى توقعات؟

المريضة: ما أعرفش.

المعالج: (معطيًا مثالاً مضادًا) يعنى متوقعة إنك تلاقى شقة واسعة بإيجار رخيص؟

المريضة: لأ لأ... أنا كنت بفكر إيه اللى يحصل لو لقيت مكان وبعد كده اكتشـفت إنه مليان صراصير أو قذر أو مش أمان أو محاط بالضوضاء.

المعالج: يا ترى عندك صورة فى خيالك للمكان ده؟

المريضة: أيوة.. مظلم، له رائحة، قذر (تهز كتفها).

مراجعة الخيارات:

الآن وبعد أن تكونت لدى المعالج صورة متكاملة عن الموضـوع ، فإنـه يراجع فى ذهنه كل الخيارات ليمكنه أن يختار واحدة أو أكثر من هذه الخيارات:

١- أن يشرك سالى معه فى محاولة لحل المشكلة بطريقة مباشرة مرشدًا إياها عن الخطوة التى تبدو أكثر منطقية وسهولة.

٢- أن يعلم سالى مهارة حل المشكلات متخذًا من هذه المشكلة مثالاً.

٣- أن يستخدم هذه المشكلة كفرصة لتدعيم النموذج الإدراكى عند سالى.

٤- أن يستخدم هذه المشكلة كمثال ليعلم سالى مفهومًا عن نفسها وعن مشكلتها العامة فى أنها تشعر بعدم الكفاءة، وخصوصًا فى المواقف الجديدة، وتضخم من المشكلات الصغيرة.

٥- أن يجعل سالى تحدد أكثر الأفكار إزعاجًا، ويساعدها على تقييمها.

٦- أن يعلم سالى كيف تستخدم سجل الأفكار التلقائية السلبية مستخدمة هذا الموقف.

٧- أن يستخدم الصورة أو التحليل الذى ذكرته ليعلمها تكنيك التحليل.

٨- أن يقرر مع سالى الانتقال إلى البند التالى من بنود الأجندة (ربما المشكلة أكثر أهمية من هذه)، وأن يرجعا إلى هذه المشكلة من وقت لاحق فى الجلسة أو فى جلسة قادمة.

التفكير فى اعتبارات عملية:

كيف يقرر المعالج أن يسير فى أى اتجاه؟ إنه يأخذ فى اعتباره عدد من العوامل، وتشمل:

١- ما الذى يمكن أن يحقق لسالى أقصى ارتياح ممكن.

٢- ما الوقت الذى لديها لمشكلة ما؟ وماذا غير ذلك يستحق المناقشة فى هذه الجلسة؟

٣- ما المهارات التى تستحق تتعلمها سالى أو تراجعه معها، والتى تعتبر هذه المشكلة فرصة مناسبة لذلك؟

٤- ما الذى يمكن أن تفعله سالى بمفردها (الواجب مثلاً) لكى تتخلص من

انزعاجها؟ فمثلاً إذا كانت سالى قادرة على عمل سجل للأفكار السلبية لكى تتخلص من شعورها بالضيق فى نقطة ما، فلنكرس بقية الوقت لعلاج موضوع آخر.

استخدام المرحلة العلاجية كمرشد:

غالبًا ما يكون المعالج ملتزمًا بالمرحلة العلاجية؛ فعلى سبيل المثال يميل المعالج إلى تحاشى مشكلة عميقة ومعقدة ومزعجة فى المراحل الأولى من العلاج مع المرضى المكتئبين إن كان يشعر بأن مناقشة مثل هذه المشكلة ستزيد من حدة الاكتئاب ولن تفيد حاليًا فى العلاج، وكذلك يتجنب مناقشة المواضيع التى تنشط المعتقدات الجوهرية المؤلمة قبل أن تكون المريضة قد تعلمت الوسائل التى بها تتعامل معها.

والجلسات الأولى ينبغى أن تركز على المشاكل البسيطة والأسهل؛ حيث إن التركيز على هذه المشاكل يساعد المريضة أن تتعرف على أفكارها التلقائية وتقييمها، وذلك أسهل من التركيز على المعتقدات الجوهرية الأكثر صعوبة وثباتًا، وإن النجاح السريع فى بداية العلاج يشجع المريضة ويحفزها على الاستمرار فى العلاج.

تغيير الموضوع فى جلسة ما:

فى بعض الأحيان لا يستطيع المعالج أن يقدر صعوبة مشكلة ما أو مدى احتمالية تنشيطها لمعتقدات جوهرية مؤلمة. وفى هذه الحالة يبدأ المعالج فى مناقشة مشكلة ما، ولكنه يدرك أن المناقشة لن تؤتى بالفائدة المرجوة أو سوف تزيد من حزن المريضة وتوترها؛ فيقرر أن يتحول إلى مناقشة موضوع آخر. وفى السياق التالى مثال على هذا التحول فى جلسة علاجية مبكرة.

المعالج: كويس.. فى البند التالى فى الأجندة أنت قلتى إنك عاوزه تقابلى وتتعاملى

مع ناس أكثر (ناقش هذا الهدف على وجه الخصوص) دلوقت قد إيه قدرتي تقابلي ناس جدد الأسبوع ده؟.

المريضة: (فى صوت ضعيف) أنا قدرت أتكلم مع الناس فى الشغل.

المعالج: (ملاحظًا أن المريضة قد اكتئبت فجأة) إيه اللى بيدور فى دماغك دلوقت؟

المريضة: مفيش أمل، أنا عمرى ما حا أقدر على كده (تبدو غاضبة). كل المعالجين حاولوا معايا قبل كده وما فيش فايدة برضه علشان كده با قولك مفيش فايدة.

لقد رأى المعالج من خلال ملاحظته لتفاعل المريضة وتغير مشاعرها بطريقة مفاجأة أن الموضوع قد نشط لديها اعتقادًا جوهريًا مؤلمًا. وقد أدرك أن المضى قدمًا فى مناقشة هذا الموضوع لن يكون مجديًا أو سوف يأتى بنتيجة عكسية، وبدلاً من أن يركز على هذه المشكلة يحاول المعالج أن يكتشف أفكار المريضة التلقائية عنه هو شخصيًا.

(لما سألتك هل قابلت ناس الأسبوع ده، إيه اللى دار فى مخك عنى؟)

وأخيرًا يعطى المريضة الخيار فى العودة إلى مناقشة هذا البند أولاً. (أنا مبسوط، أنك شايفة إنى ما بحاولش أرغمك تعملى حاجة أنت مش عاوزه أو مش قادرة تعمليها دلوقتي. تحبى نرجع للبند ده ثانى النهارده أو نؤجله لجلسة ثانية؟ ونناقش دلوقت مشكلتك مع صاحبتك أليس؟

والخلاصة أن المعالج فى المراحل المبكرة من العلاج حاول أن يقود النقاش بعيدًا عن الآتى:

١- مشكلة معقدة جدًا (مشكلة لا يتوقع تقدمًا كثيرًا من مناقشتها فى المرحلة الحالية)، ومثال على ذلك مشكلة عائلية مزمنة.

٢- مشكلة مرتبطة ارتباطًا شديدًا باعتقاد قديم وراسخ (مثلاً: إذا لم اتجاوب

بصورة ١٠٠% مع رغبات الآخرين فسوف يعاقبنى الله).

٣- مشكلة من المحتمل أن تنشط اعتقادًا جوهريًا مؤلمًا، والتى لا يملك المريض حيالها الوسائل الازمة للتعامل مع هذا الاعتقاد (مثلاً: سوف أكون مهملاً)

٤- مشكلة يمكن أن تحلها المريضة بنفسها، فإذا ركز المعالج عليها فلن يستغل وقت العلاج استغلالاً حسنًا.

٥- مشكلة لا تريد المريضة أن تناقشها.

٦- مشكلة لا تسبب ألمًا أو إزعاجًا للمريضة أى لا تسبب أى أعراض، وليست لها علاقة بمرضها الحالى.

فليس معنى ذلك أن المعالج يتجنب المشاكل الصعبة، بل يناقشها بعد أن تكون المريضة قد تحسنت بعض الشيء، وأن تكون قد تعلمت من المهارات ما يمكنها من التعامل مع هذه المشكلة والأفكار التلقائية والمعتقدات الجوهرية المصاحبة لها.

تحوير العلاج ليتناسب مع أمراض معينة:

إنه لمن الأساسى أن يكون لدى المعالج فهم كامل وشامل لأعراض المريضة الحالية ومشاكلها الملحة، والعوامل المرسبة والتاريخ المرضى قبل بداية العلاج، وأنه لمن المهم كذلك أن يكون لديه تشخيص متكامل على خمسة محاور التى يحتويها دليل التشخيص الرابع للأمراض النفسية الأمريكى. ولقد تناول هذا الكتاب العلاج المعرفى القياسى لحالة اكتئاب نفسى مصحوبًا بالقلق. وفيما يلى وصف مختصر لكيفية تحوير العلاج للتعامل مع الاضطرابات النفسية الأخرى، وعلى المعالج أن يراجع الكتب المتخصصة التالية للمرضى الذين قد شخصوا على أنهم يعانون من مرض آخر غير الاكتئاب البسيط أحادى القطب.

١- نوبات الهلع: يركز المعالج على تقييم واختبار تهويــل المريضــة وتفســيرها لعرض بسيط (أو عدة أعراض بسيطة)؛ فهذا يعنى أن مصـــيبة جســمانية أو نفسية قد حدثت أو على وشك الحدوث .(Beck , 1987; Clark , 1989)

٢- القلق النفسى العام: يركز المعالج علــى تعلــيم المريضـــة أن تقــيم بطريقـــة موضوعية مقدار الخطر الذى يتهددها فى المواقف المختلفة، وأن يقيم ويقـــوى قدرتها على التكيف والتعامل مع المواقف المهددة.

(Clark،1989, Butler et al 1991 - ،Beck & Emry 1985)

٣- الرهاب الاجتماعى: يركز العلاج على إعادة التركيبـــة المعرفيـــة، وطريقـــة معالجة القلق والتعرض التدريجى.

(Beck & Emry 1985, Butler, 1989, Heimberg, 1990)

٤- الوسواس القهرى التسلطى : يركز العلاج علـــى التعـــرض للمثيـــر ومنـــع الاستجابة (exposure & response prevention) وإرشاد المريضة لاكتشاف أن مشكلتها الرئيسية نابعة من أفكارها وليست من العالم الخـــارجى (ومـــن ثـــم تستطيع أن تمنعها من خلال معادلة سلوكها والتحكم فى أفكارها). ومـــن بـــين الأشياء العديدة أن يساعد المعالج المريضة أن تقدر الدرجة التى سوف تكـــون فيها مسئوله فعليًا إذا حدثت ظروف صعبة لها أو للآخـــرين (Salkovskis & .(Kirk, 1989

٥- عصاب الصدمة: بالإضافة إلى تعليم المريضة الوسائل والطرق التى تتعامـــل بها مع القلق الشديد والتخيلات المؤلمة، ويركز العلاج علـــى التعـــرف علـــى المعنى الذى يعنيه لها الحدث المؤلم المسبب للصدمة وتعديل هذا الإدراك

(Parrott & Howes 1991, Dancu & Foa 1992)

٦- اضطرابات الشهية: يركز العلاج على إعادة الصياغة الإدراكية عن معتقدات

المريضة عن الطعام والوزن وصورة الذات (خصوصًا صورة الجسم وما يتعلق بها من الإحساس بالذات. (Bowers,1993; Fairburn & Cooper,1989) (Garner & Bemis, 1985)

٧- سوء استخدام العقاقير: يركز العلاج على التعرف على الأفكار والتخيلات عن تناول العقاقير، معدلاً من المعتقدات التي تزيد من خطر تناول العقاقير، التعامل مع الرغبة الشديدة في تناول ومنع الانتكاسات.
(Beck el at, 1993; Marlatt & Gordon 1985)

٨- اضطرابات الشخصية: يركز المعالج على أنشطة المريضة ومشاركتها الحياتية (من خلال زيادة استراتيجية الأدوار التعويضية) والتطوير والتعليم من خلال العلاقة العلاجية، وفهم التطور التاريخي للحالة وثبات المعتقدات الجوهرية ثم تطوير هذه المعتقدات من خلال الوسائل المنطقية والتجريبية.
(Beck el at, 1990; Layden el at, 1993; Young 1990)

٩- الفصام: العلاج المعرفي هو علاج مساعد مع العلاج الدوائي، ويركز العلاج على التفسيرات البديلة للحالات الذهانية المختلفة.
(Chadwick & Lowe,1990; Kingdon & Turkington,1994; Perris et al, 1993)

١٠- المشاكل الزوجية: يركز العلاج على أن الشخص يتحمل المسئولية تجاه تغيير أفكاره وتوقعاته وتفسيره لتصرفات الشخص الآخر وسلوكه تجاهه.
(Baucom &Epstein, 1990; Beck, 1988; Dattilio & Padesky, 1990)

١١- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: يستخدم العلاج المعرفي كعلاج مساعد مع العلاج الدوائي. يُركز العلاج على التعرف المبكر على نوبات الهوس أو الاكتئاب، والاستراتيجيات التي ينبغي اتباعها للتعامل مع هذه النوبات، وتنظيم نوم المريضة وغذائها ومستوى نشاطها، والتقليل من قابلية المريضة للتأثر بالعوامل المثيرة والمسببة لحدوث النوبات والتشجيع على الالتزام بالدواء.
(1994 ، Williams & Adams ،Palmer)

ولقد ذكرت هذه البنود المختصرة لتشجيع القارئ أن يبحث عن تدريب إضافى (إما بطريقة رسمية أو من خلال التعليم الذاتى) لمعالجة الاضطرابات المعقدة، والتى تتطلب تحويرًا وتغيرًا من طرق العلاج المعرفى القياسية.

والخلاصة: إن خطة العلاج الناجحة تتطلب تشخيصًا صحيحًا للحالة، وتكوين مفهوم معرفى صلب عن الحالة ووضعه فى مصطلحات معرفية مع وضع حالة المريضة الفردية ومشاكلها فى الاعتبار. ويفصل العلاج على حسب حالة المريضة ويضع المعالج خطة عامة للعلاج، وكذلك خطة خاصة لكل جلسة على حدة، واضعًا فى اعتباره النقاط الآتية:

١- تشخيص حالة المريضة.

٢- تكوين مفهوم معرفى عن صعوباتها (يشرك معه المريضة فى تكوين المفهوم).

٣- أهداف المريضة من العلاج.

٤- أكثر المشاكل إلحاحًا وإزعاجًا بالنسبة للمريضة.

٥- أهداف المعالج من العلاج.

٦- المرحلة العلاجية.

٧- صفات المريضة وقدرتها على التعلم.

٨- دوافع المريضة.

٩- طبيعة وقوة التحالف العلاجى.

ويطور المعالج خطة عامة للعلاج مطورًا إياها خلال الجلسات وخطط خاصة قبل وفى أثناء كل جلسة.

تحليل مشكلة ما

أ- مواقف المشكلة:

الموقف > الأفكار التلقائية – المشاعر – السلوك والتفاعلات الفيسيولوجية

الجلوس فى المكتبة > لن أستطيع فهم ذلك وحدى > حزن > التوقف عن المذاكرة غير وارد.

– أنا لا أفهم.

– لن أستطيع فهم ذلك أبدًا.

– سوف أرسب.

المذاكرة فى الغرفة فى المساء > لا فائدة > حزن > ترقد على السرير > تبكى.

ب- السلوك السلبى:

- تقلب فى المواضيع بسرعة حينما تكون قدرتها على الاستيعاب ضعيفة أو تتوقف كلية عن المذاكرة.
- عدم الاستجابة الصحيحة للأفكار التلقائية.
- عدم سؤال الآخرين المساعدة.

ج. التشوش المعرفى:

- تعزى الأمور إلى ضعف فى شخصيتها بدلا من حالة الاكتئاب، التى تعانيها.

- تفترض أن المستقبل بلا أمل.

- تفترض أنها ضعيفة ولا تستطيع عمل أى شيء حيال المشكلة.

- دائمًا ما تعادل بين قيمتها فى الحياة وإنجازاتها.

د- الاستراتيجيات العلاجية:

١- حل المشكلة: الانتقال إلى درس آخر أكثر سهولة، وخصوصًا إذا تعذر الفهم بعد القراءة الثانية. فكرى فى طريقة لطلب المساعدة من الأستاذ أو المساعد أو المدرس أو زميل. إنشاء بطاقات التكيف فى أثناء الجلسة لتقرأ قبل أو فى أثناء الاستذكار.

٢- رصد المزاج: استخدمى رصد الأنشطة وقدرى المزاج فى ساعات الاستذكار (من صفر – ١٠) أى شدة القلق والحزن حينما تزيد درجة القلق عن ٣ دونى أفكارك التلقائية.

٣- استخدام الأسئلة السقراطية لتقييم الأفكار التلقائية. علم المريضة استخدام سجل الأفكار التلقائية.

٤- حاول اكتشاف المعانى الخبيئة للأفكار التلقائية. ضع الصيغة الشرطية (إذا....... إذن) ثم صغ واختبر.

٥- إذا كان مناسبًا استخدم المتصل المعرفى Cognitive Continuum لتوضيح أن الإنجاز فى تواصل مستمر، وبدلاً من أن يكون إما الكمال أو الفشل.

الشكل ١٦ - ٢ تحليل المشكلة

الفصل السابع عشر

مشاكل العلاج

يواجه المعالج المعرفى بعض المشاكل من أنواع مختلفة، وحتى المعالج المتمرس الذى يمتلك أدوات العلاج المعرفى قد يواجه فى بعض الأحيان بعض الصعوبات المتعلقة بتأسيس التحالف العلاجي، وصياغة مشاكل المرضى بطريقة دقيقة، والعمل بثبات تجاه الأهداف المقصودة. ولذلك لا يكون هدف المعالج هو تجنب المشاكل على الإطلاق، وإنما العمل على التعرف عليها وأسباب حدوثها وكيفية التعامل معها وحلها.

وإنه لمن المفيد أن ينظر إلى المشاكل الطارئة على أنها فرصة لكى يعيد المعالج صياغته للمريضة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المشاكل التى تطرأ فى أثناء عملية العلاج تقدم فكرة عن المشاكل التى تواجهها المريضة خارج مكتب المعالج. وأخيرًا، فإن مقابلة صعوبات مع المريضة كثيرًا ما تعطى فرصة للمعالج لكى يحسن من قدراته على المرونة والابتكار، وأن يكتسب خبرة وفهما إضافيين فى التعامل مع مرضى آخرين؛ لأن المشاكل يمكن أن تنشأ، ليس فقط من سمات معينة فى المريضة بل لنقاط ضعف فى المعالج نفسه، وسوف يتناول هذا الفصل كيفية اكتشاف وجود المشاكل وكيفية تصنيفها ومعالجتها.

اكتشاف وجود المشاكل:

يمكن للمعالج أن يكشف النقاب عن وجود مشاكل علاجية بعدة طرق منها:

١- الاستماع إلى المردود العلاجى التلقائى من المريضة.

٢- حث المريضة بطريقة مباشرة على التعبير عن المردود العلاجى، سواء عبرت عن وجود مشاكل ما بطريقه لفظية أو غير لفظية.

٣- مراجعة تسجيل فيديو أو كاسيت مع زميل أو مشرف أو مع نفسه.

٤- تتبع التقدم فى حالة المريضة طبقا للأهداف الموضوعة نصب عينيه، وكذلك تقرير المريضة عن تقدم حالتها.

ولكن أسهل طريقة للتعرف على المشاكل التى تنشأ فى العلاج هى إفصاح المريضة عن المشكلة بطريقة مباشرة (مثلاً: دكتور أنا حاسة إنك مش فاهم قصدى بالضبط) أو (أنا فاهمة اللى إنت بتقوله بالعقل بس مش قادرة أهضمه). وكثير من المرضى يلمحون بطريقة غير مباشرة إلى المشكلة (مثلاً: أنا فاهمة اللى حضرتك بتقوله بس مش عارفة إن كنت اقدر أعمل ده بأى طريقة تانية) أو (حاحاول موحية بأنها لا تستطيع القيام بتنفيذ الفكرة).

وفى هذه الحالات يسأل المعالج المريضة بالتفصيل لكى يتأكد إذا كانت المشكلة قائمة فعلاً وما هى حجمها وتداعياتها.

وفى أحيان كثيرة لا يستطيع المرضى أن يفصحوا - سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة - عن وجود مشكلة فى العلاج. ويستطيع المعالج هنا ان يكشف وجود مشكلة عن طريق الالتزام بالمقاييس العلاجية فى أثناء الجلسات (وتشمل سؤال المريضة عن المردود العلاجى فى نهاية الجلسة)، وكذلك عن طريق تفهم المريضة لعملية العلاج، واستنباط أفكار المريضة التلقائية حينما يلاحظ تحول فى المشاعر خلال الجلسات.

فعلى سبيل المثال شعر المعالج فى إحدى الجلسات أن سالى قد أظهرت بطريقة غير لفظية (مثل نظراتها الشاردة وتململها فى مقعدها) أنها لم تستوعب بالضبط ما كان يقوله لها أو إنها لم تكن موافقة تمامًا على ما يقوله. ولقد أراد التأكد من نظريته بطرق عدة: أولاً وكما هو قياسى مع كل مريض سأل سالى أن تلخص ما دار فى أثناء الجلسة أو حاول هو فعل ذلك، وكذلك طلب منها أن تقدر ما هو قدر اعتقادها فى هذا الملخص (مثلاً: سالى إحنا دلوقت كنا بنقول انك مش مسئولة عن الظروف الوحشة اللى والدك بيمر بيها دلوقت حتى لو كنت سافرت

وابتعدت عنه. يا ترى قد إيه إنتى مقتنعة بالكلام ده دلوقتى؟). وكذلك يؤكد المعالج على تفهم سالى لبعض النقاط أثناء الجلسة العلاجية (مثلاً: أظن واضح دلوقتى ليه والدك وصل للنقطة دى، ممكن تصيغى الكلام ده بلغتك إنتى؟). كذلك يتأكد المعالج من استنباط المردود فى نهاية الجلسة (مثلا: فيه حاجة أنا قلتها النهارده ضايقتك أو أثارت اهتمامك، أو أى حاجة تعتقدى إنى عبرت عنها بدقة). لأنه خمن أن سالى ربما تتردد فى أن تعطيه مردودًا سلبيًا ولقد سألها أيضًا عن جزء محدد من الجلسة وحاول معرفة رد فعلها خصوصًا أنه خمن أن هذا الجزء من الجلسة لم يلاق مردودًا إيجابيًا لديها. (إيه رأيك لما قلت لك إنك لازم تبقى حازمة مع والدك؟.. يا ترى تقدرى تقولى لى إن كان ده أزعجك؟). وأخيرًا، فإنه يمكن أيضًا للمعالج أن يحاول اكتشاف وجود مشكلة ما فى الجلسة القادمة. ويقع هذا الاستعلام طبيعيًا فى الجزء الذى يحاول فيه المعالج ربط الجلسة بالجلسة السابقة. فمعالج سالى مثلاً قد استمع إلى تسجيل صوتى للجلسات، ولقد دفعه التغير فى نبرات صوتها عند نقطة ما إلى أن يسأل سالى عن ذلك فى الجلسة القادمة (سالى أنا عاوز أسالك عن شعورك لما سألتك عن علاقتك بوالدك المرة اللى فاتت؟) ولما كانت المريضة غير حازمة فى الإجابة وجّه إليها السؤال بطريقة أكثر مباشرة (يا ترى حسيتى إنى ضغطت عليكى شوية أو حسستك إنك ما كنتيش مخلصة لوالدك؟).

والخلاصة، أن المعالج ينظر فى بحث مشكلة ما عن طريق مراجعته لتفهم المريضة، أو السؤال عن المردود العلاجى.

وقد لا يكون المعالج المبتدئ واعيًا أو مدركًا بوجود مشكلة ما فى العلاج أو يكون غير قادر على تحديد المشكلة بدقة، وعليه أن يستأذن المريضة فى إجراء تسجيل للجلسات ليراجعها بعد ذلك مع معالج أكثر خبرة فى العلاج المعرفى. والحصول على موافقة المريضة لا تحتل مشكلة كبيرة خصوصًا إذا أقنعها المعالج أن ذلك لصالحها (سالى: أنا عادة بأسجل جلساتى مع المرضى علشان أراجعها بعد كده بينى وبين نفسى علشان أشوف إزاى أطور خطط العلاج، وأحيانًا أسترجعها

مع زميل أو مشرف علشان أستفيد من خبرته، يا ترى عندك مانع؟).

ويمكن للمعالج أيضًا أن يكشف وجود المشكلة بتتبع تطور المريضة، وذلك بجعل المريضة تجيب على بعض الاختبارات السيكولوجية مثل اختبار بك للاكتئاب (انظر الملحق د) على فترات (كل أسبوع مثلاً) أو يجعل المريضة تقدر مزاجها على مقياس من صفر إلى ١٠ (انظر الفصل الثالث) فى بداية كل جلسة، ذلك يساعد كل من المعالج والمريضة على معرفة تطور الحالة؛ فإذا لم تتحسن المريضة فإن المعالج يضع هذا الموضوع فى أچندة الجلسات محاولاً معرفة سبب عدم التحسن.

وأخيرًا، فإن المعالج يحاول دائمًا أن يضع نفسه مكان المريضة، لكى يرى كيف تنظر المريضة إلى العالم من حولها وما هى المعوقات التى يمكن أن تقف عائقًا فى طريق تقدمها (مثلاً: إذا كنت سالى، يا ترى حا أشعر بإيه أثناء العلاج؟ حا فكر إزاى لما المعالج يقول لى كذا أو كذا).

صياغة المشكلة:

وبعد التعرف على وجود مشكلة ما، يحاول المعالج أن يكون مفهومًا لديه عن المستوى الذى حدثت فيه المشكلة.

١- هل هى مجرد مشكلة تكنيكية؟ هل تم تطبيق طريقة غير مناسبة أو تم تطبيق التكنيك بطريقة خاطئة؟

٢- هل هى مشكلة أكثر تعقيدًا فى أثناء الجلسة ككل؟. وهل استطاع المعالج مثلاً أن يحدد بدقة مشكلة إدراكية إلا أنه فشل فى طريقة علاجها وتصحيحها؟

٣- هل هناك مشكلة مستمرة على مدار الجلسات، كأن يكون هناك خلل فى التعاون بين المعالج والمريضة؟

وغالبًا ما تحدث المشكلات فى شكل من الأشكال التالية.

١- التشخيص والصياغة وخطة العلاج.

٢- التحالف العلاجى.

٣- تركيبه الجلسات والمسافات الزمنية بينها.

٤- تأهيل المرضى للعلاج.

٥- التعامل مع الأفكار التلقائية.

٦- مصاحبة الهدف العلاجى خلال وعبر الجلسات.

٧- تحليل المرضى لمحتويات الجلسة واستيعابها.

والأسئلة التالية قد تساعد المعالج والمشرف العلاجى لتحديد طبيعة المشكلة العلاجية، وبعد ذلك يكون فى استطاعتهما أن يكونا مفهومًا، وأن يضعا الأولويات واختيار مشكلة أو أكثر للتركيز عليها.

التشخيص والصياغة وخطة العلاج:

التشخيص:

١- هل لدى تشخيص على المحاور الخمسة لدليل تشخيص الأمراض النفسية الأمريكى الرابع؟

٢- إذا صح، هل التشخيص المبدئى والثانوى فى الترتيب الصحيح؟

٣- هل يمكن أن تكون المريضة مصابة بمرض عضوى غير مشخص؟

٤- هل الاستشارة الطبية مطلوبة لهذه الدرجة؟

الصياغة وتكوين المفهوم:

١- هل استطعت أن أصوغ المشكلة بدقة.

٢- هل يمكن أن أعبر كتابة عن الأفكار التلقائية والمشاعر، والسلوكيات، والاستجابات الفسيولوجية تجاه المواقف الحالية مرتبطا مع تاريخها، ومعتقداتها واستراتيجياتها؟

٣- هل نقحت صياغتى باستمرار كلما حصلت على معلومات جديدة؟

٤- هل أشركت معى المريضة فى صياغتى لمشكلتها فى الوقت المناسب؟

٥- إذا كان ذلك صحيحًا، فهل الصياغة وجدت صدى فى الواقع لدى المريضة؟

التخطيط للعلاج:

١- هل وجهت العلاج منذ البداية نحو اضطراب المحور الأول من دليل تشخيص الأمراض النفسية (AxisI).

٢- هل حورت فى العلاج المعرفى القياسى لمريض المحور الأول (أو المحور الثانى)؟ هل استخدمت صياغتى ومفهومى للمريضة حتى أفصل العلاج ليناسب حالتها؟

٣- هل فكرت فى تغييرات عظمى فى حياة مريضتى حينما شعرت أن العلاج وحده لن يجدى؟ (يمكن أن يحدث ذلك حينما تكون المريضة منخرطة فى علاقة مدمرة، أو تكون ظروف حياتها غير محتملة، أو يكون عملها غير مناسب لها على الإطلاق).

٤- هل أنا خططت بطريقة صحيحة لتعليم المريضة مهارات جديدة ضرورية؟

٥- هل أشركت أحد أفراد الأسرة فى العلاج إذا احتاج الأمر ذلك؟

التحالف العلاجى:

التعاون:

١- هل هناك تعاون حقيقى بينى وبين المريضة؟ هل نعمل كفريق؟ هل نعمل نحن الاثنين بجدية؟ هل نشعر بأننا مسئولون عن التحسن؟

٢- هل نشترك سويًا فى اتخاذ القرارات؟ هل ناقشنا بنجاح موضوعات معينة مثل الواجب المنزلى، توزيع الوقت على بنود الأچندة؟ هل غطينا المواضيع الأكثر أهمية بالنسبة للمريضة؟

٣- هل قدت المريضة لمستوى معين من الالتزام والانتظام فى الجلسات العلاجية؟

٤- هل اتفقنا على أهدافها وأهدافى من العلاج؟

٥- هل قدمت مبررات لتدخلاتى العلاجية والواجبات المنزلية؟

المردود العلاجى بالنسبة للمريضة:

١- هل سألت المريضة فعلاً عن المردود العلاجى للجلسات؟

٢- هل شجعت المريضة أن تعبر عن شكوكها وتقييمها؟

٣- هل رصدت مشاعر المريضة فى أثناء الجلسات، وسألت عن الأفكار التلقائية حينما لاحظت تحولاً فى المشاعر؟

رؤية المريضة للعلاج:

١- هل لدى المريضة نظرة إيجابية عنى وعن العلاج؟

٢- هل هى تعتقد إلى حد ما أن العلاج يمكن أن يساعدها؟

٣- هل هى ترانى كمعالج متمكن ومتعاون ومهتم؟

تفاعل المعالج:

١- هل أنا فعلاً مهتم بهذه المريضة؟ وهل شعرت بذلك الاهتمام؟

٢- هل أنا كفء لمساعدة هذه المريضة؟ وهل هى أحست بذلك؟

٣- هل لدى مشاعر سلبية تجاه هذه المريضة، أو تجاه نفسى بالنسبة لهذه المريضة؟ وهل حاولت تقييم هذه المشاعر والتعامل معها؟

٤- هل أرى مشاكل التحالف العلاجى كفرصة للتطور وليس لتبادل الاتهامات؟

٥- هل استطعت أن أخطط لنظرة متفائلة وموضوعية عن مدى ما يمكن أن يقدمه العلاج من مساعدة؟

تركيب الجلسة العلاجية ومواعيدها:

الأچندة:

١- هل أعددنا أچندة خاصة؟

٢- هل فعلنا ذلك بتعاون وشارك كلانا فى إعدادها؟

٣- هل أعددنا الأچندة على عجل؟

٤- هل استطاعت المريضة أن تسمى بنود الأچندة بكلمات قليلة بدلاً من وضعها فى عبارات تفصيلية مطولة؟

٥- هل أعطت المريضة أسماء لمواضيع الأچندة بدلاً من مناقشة البنود نفسها (أى لديها نظرة شمولية عن الموضوع)؟

٦- هل رتبنا بنود الأچندة حسب الأولويات؟

٧- هل تم توزيع الوقت بالتعاون لكل بند؟

٨- هل قررنا معًا البنود التى ستناقش أولا؟

التوقيت وتنظيم الوقت:

١- هل رصدت كم قضينا من الوقت فى العلاج؟

٢- هل كرسنا وقضينا وقتًا مناسبًا لعناصر الجلسة القياسية مثل فحص الحالة المزاجية ومراجعة الواجب المنزلى ومناقشة بنود الأچندة والمراجعة الدورية والمردود؟

٣- حينما يتخطى بند من بنود الأچندة الوقت المخصص له، هل كنا نقرر سويًا إما الاستمرار فى مناقشة هذا البند أو التحول لبند آخر؟

٤- إذا ظهر موضوع مهم ليس موجودًا فى الأچندة الأصلية، هل كنا نقرر سويًا ماذا ينبغى أن نفعل؟

٥- هل كنا نمضى وقتًا طويلاً فى مناقشة مواضيع غير مهمة؟

٦- هل كنت أقود المريضة وأقاطعها بلطف لكى تتحول مناقشاتنا إلى موضوعات أكثر أهمية؟

٧- هل كنا نترك وقتًا كافيًا فى نهاية الجلسات لكى نلخص النقاط المهمة، ولكى نسمح للمريضة أن تكتب ملخص الجلسات، وكذلك أتأكد من أن المريضة قد تفهمت واستوعبت الواجب المنزلى والغرض منه، ومعرفة ردود أفعالها والتجاوب مع هذه الردود.

٨- هل كنت أنظم الجلسات بحيث كانت هناك دائمًا فرصة لإخماد المعتقدات الجوهرية والتقليل من المشاعر السلبية، حتى لا تغادر الجلسة وهى متوترة.

تهيئة المريضة للعلاج المعرفى:

النموذج المعرفى:

١- هل تفهم المريضة وتوافق على مفهوم النموذج المعرفى؟

٢- هل تفهم المريضة أن الأفكار المشوشة هى من أعراض مرضها؟

٣- هل تعتقد أن أفكارها حول موقف معين يمكن أن تكون مشوهة؟

٤- هل تدرك أن الأفكار المشوهة تؤثر على مشاعرها، وبالتالى تصرفاتها بطريقة سلبية؟

٥- هل تعتقد أنه من الممكن أن تتحسن وتتصرف بطريقة أكثر تكيفًا إن استطاعت تقييم أفكارها السلبية وتقويمها؟

٦- هل تعتقد أنها قادرة على التغيير؟

٧- هل هى مستعدة أن تقوم بالتغيير اللازم؟

التوقعات:

١- ما توقعات المريضة عن نفسها وعنى فى عملية العلاج؟

٢- هل تعتقد أنها يجب أن تكون قادرة على حل مشاكلها بسرعة وبسهولة؟

٣- هل تتوقع منى أن أحل لها مشاكلها؟

٤- هل تعتقد أن بالإمكان حل مشاكلها؟

٥- هل تتفهم دورها ومسئولياتها فى العلاج؟

٦- هل تفهم أن عليها أن تقوم بدور إيجابى؟

٧- هل تتعاون بسهولة؟

٨- هل تفهم أن عليها أن تتعلم بعض المهارات والوسائل، وأن تستخدمها في الوقت المناسب؟

٩- هل تخشى حل مشاكلها الحالية لأنها سوف تواجه مشاكل أخرى أكثر خطورة (مثل اختيار مستقبلها العلمي وقرارات العلاقات وغيرها)؟

توجه حل المشاكل:

١- هل تحدد المريضة مشاكل معينة للعمل على حلها؟

٢- هل نعمل فعلاً على حل المشاكل بدلاً من العيش في أجوائها؟

٣- هل تضع المريضة أهدافًا محددة؟ وهل هي أهداف واقعية؟

٤- هل تفهم المريضة كيف أن العمل في كل جلسة له علاقة بهذه الأهداف؟

٥- هل هي تريد أن تغير من شخص آخر بدلاً من نفسها؟

الواجب المنزلي:

١- هل تكمل المريضة واجبها المنزلي بعناية ؟

٢- هل تراه ذلك اختياريًا أم ضروريًا؟

٣- هل تكمل الواجب المنزلي فقط لترضيني؟

٤- هل تفهم المريضة أن الواجب المنزلي له علاقة بمحتوى الجلسات وأهداف العلاج عامة؟

٥- هل تفكر في العلاج خلال الأسبوع؟

٦- هل صمم الواجب المنزلى بحيث يناسب احتياجاتها الرئيسية؟

التعامل مع الأفكار التلقائية:

التعرف على الأفكار التلقائية واختيار الرئيسية منها:

١- هل استطعنا التعرف على الكلمات والخيالات والأفكار التى تدور فى ذهن المريضة حينما تكون منزعجة؟

٢- هل تعرفنا على كل الأفكار التلقائية ذات العلاقة؟

٣- هل اخترنا فكرة بعينها لنعمل على تقييمها فى وقت ما؟

٤- هل اخترنا فكرة مرتبطة بانزعاج عاطفى؟

٥- هل اخترنا فكرة كانت إما معطلة أو تبدو مشوهة؟

٦- هل اخترنا فكرة بحيث إذا استطعنا تقويمها يمكن أن يساعد ذلك المريضة للوصول إلى أهدافها أو حل مشاكلها؟ وهل كانت الفكرة مهمة؟

الاستجابة للأفكار التلقائية:

١. هل اكتفينا فقط بالتعرف على الأفكار التلقائية أم كنا نقيمها ونتجاوب معها؟

٢. هل كنت أتجنب الفكرة المسبقة أن الفكرة كانت مشوهة؟ هل كنت أفترض دائمًا وأوحى للمريضة أن أفكارها سلبية دون العمل سويًا على تقييمها والحكم عليها؟

٣. هل كنت أستخدم الأسئلة من البداية؟

٤. إذا كانت طريقة الأسئلة غير مجدية، هل حاولت استخدام طرق أخرى؟

٥. هل كنت أتجنب التحدى المبالغ فيه أو طريقة الإيحاء؟

٦. هل حاولنا تكوين استجابات بديلة معًا؟ وهل كنت متأكد من مدى اقتناع المريضة بها؟ وهل كان يساعد ذلك فى التخفيف من توترها؟

٧. إذا لم يفلح ذلك، هل كنا نلجأ لطرق أخرى لإزالة التوتر؟ وهل كنا نرجئ مناقشة الأفكار التلقائية لجلسات أخرى أحيانا؟

تأكيد التغير المعرفى:

١. هل كتبت المريضة أفكارها وفهمها الجديد للأشياء؟

٢. هل استطعنا التعرف على التشوه المعرفى؟

٣. هل اكتشفنا إذا ما كانت لدى المريضة تشوهات معرفية فى الماضى ومن المحتمل أن يكون لديها هذه التشوهات فى المستقبل؟

إنجاز الأهداف العلاجية أثناء الجلسات وبينها:

تحديد الأهداف العلاجية العامة وأهداف كل جلسة:

١- هل عبرت بطريقة جيدة عن هذه الأهداف للمريضة (إذا لم تكن هى قد حددتها)؟ وهل هى توافق على هذه الأهداف (مثلاً: أن تتعلم استخدام سجل الأفكار التلقائية، وتغير الطريقة التى تقضى بها وقتها، وتتعلم وسائل مختلفة لخفض التوتر)؟

٢- هل قسمنا هذه الأهداف إلى أهداف مرحلية طبقًا للمرحلة العلاجية؟

٣- هل استخدمت هذه الأهداف لوضع وإعداد الأچندة؟

٤- هل استخدمت بنود الأچندة لكى أحقق أهدافى كلما أمكن ذلك؟

٥- فى جلسة محددة، هل استطعت مساعدة المريضة فى تحديد مشكلة مهمة

للتركيز عليها؟

٦- هل المشكلة مناسبة لمرحلة العلاج ومستوى أداء المريضة؟ مثلاً: هل المشكلة لها علاقة بمعتقد راسخ لدى المريضة حتى إنه لا يمكن تعديله فى جلسة واحدة؟

٧- هل كرسنا الوقت المناسب لحل المشكلات وإعادة التركيبة المعرفية؟

٨- هل نعمل من خلال الواجب المنزلى على إحداث تغيير معرفى وسلوكى معًا؟

المحافظة على هدف متسق:

١- هل استخدمت طريقة الاكتشاف الموجه guided discovery لكى أساعد المريضة على التعرف على معتقداتها ذات العلاقة بالمشكلة؟

٢- هل يمكننى تحديد المعقدات الأكثر والأقل جوهرية ومناقشتها من المريضة. (أى الأفكار محورية وأيها هامشية)؟

٣- هل أحاول اكتشاف العلاقة بين المشاكل الحديثة والمعتقدات المحورية، أو أننا نقفز من مشكلة إلى أخرى أو من فكرة إلى أخرى دون ربطها بالصياغة المعرفيه الكلية للمريضة؟

٤- هل نحن نعمل عملاً منسقًا مستمرًا على معتقدات المريضة الجوهرية فى كل جلسة وليس مجرد علاج الأزمة الحالية؟

٥- حينما نناقش أحداث الطفولة، هل أساعد المريضة فى أن تترجم تفسيراتها إلى معتقدات؟

٦- هل أساعدها أن ترى كيف أن معتقداتها ذات علاقة بمشكلاتها الحالية؟

التدخل العلاجى:

١- هل أختار تدخلاتى العلاجية على أساس أهداف العلاج بالنسبة للجلسة وأچندة المريضة؟

٢- هل أحدد لنفسى بوضوح أفكار المريضة السلبية ولدى أفكار بديلة إيجابية يمكن أن تتعلمها؟

٣- هل اختبرت مدى انزعاج المريضة أو مدى اقتناعها بأفكارها التلقائية قبل وبعد التدخل العلاجى حتى أستطيع أن أحكم على مدى نجاح هذا التدخل العلاجى؟

٤- إذا كان هذا التدخل غير ناجح نسبيًا، هل غيرت اتجاهى وحاولت طريقة أخرى؟

٥- هل استطعت أن أكون مفهومًا عن أسباب فشل العلاج؟ هل حدث ذلك لأننى اخترت تكنيكًا محددًا غير مناسب لقوة اعتقاد المريضة بأفكارها السلبية؟

استيعاب المريضة لمحتويات الجلسة:

١- رصد مدى تفهم المريضة.

٢- هل لاحظت (أو سألت المريضة أن تلخص) باستمرار فى أثناء الجلسات.

٣- هل سألت المريضة إذا كان ما جرى فى الجلسة واضحًا لديها أو سألتها أن تلخص ما فهمته بكلماتها هى؟

٤- هل أنا واعٍ للتفاعل غير اللفظى الذى يوحى بأن المريضة غير موافقة أو غير مستوعبة؟

صياغة مشاكل الفهم والاستيعاب:

١- هل راجعت نظريتى عن المريضة؟

٢- إذا كانت تجد صعوبة فى فهم ما أحاول التعبير عنه؛ فهل يمكن أن يكون هذا بسبب خطأ قد ارتكبته؟

٣- هل الصعوبة فى الفهم ترجع إلى مستوى التعقيد؟ أو عدم مقدرتى على توضيح الأمور بدقة وبساطة؟ أو أن ألفاظى صعبة؟ أو كم المواد التى أقدمها دفعة واحدة فى الجلسة؟

٤- هل صعوبة الفهم ترجع إلى مستوى الانزعاج العاطفى والنفسى لدى المريضة فى أثناء الجلسة؟ أو للسرحان؟ أو للأفكار التلقائية التى تدور فى رأسها فى أثناء الجلسة؟

التأكيد على تعزيز التعلم:

١- ما الذى فعلته للتأكد من أن المريضة قد تعلمت المفاتيح الرئيسية فى عملية العلاج وحتى بعد انتهاء العلاج؟

٢- هل سجلت المريضة النقاط الرئيسية على شريط تسجيل أم فى مذكرات مكتوبة؟

نقاط التعثر:

فى بعض الأحيان تشعر المريضة بالتحسن خلال الجلسات المنفردة، ولكنها لا تظهر تقدمًا خلال العلاج ككل أو على مدار سلسلة جلسات متتالية. ويمكن للمعالج المحنك على ضوء الأسئلة السابقة أن يفكر فى خمس مشاكل رئيسية؛ فإذا كان المعالج متأكدًا من التشخيص وصياغة المشكلة وتفصيل الخطة العلاجية المناسبة للمريضة (وطبق الوسائل والطرق العلاجية بطريقة صحيحة)؛

فعليه أن يراجع مع نفسه أو مع مشرف علاجى أو زميل، النقاط التالية:

١- هل هناك تحالف علاجى متين بينى وبين المريضة؟

٢- هل لدينا فكرة واضحة عن أهداف المريضة العلاجية؟ وهل هى ملتزمة للعمل على تحقيق هذه الأهداف؟

٣- هل المريضة فعلاً مقتنعة بالنموذج الإدراكى أى أن أفكارها تؤثر على مشاعرها وسلوكها، وهل تعديل هذه الأفكار يمكن أن يؤدى إلى تعديل المشاعر والسلوك؟

٤- هل المريضة معدة أو مهيئة للعلاج المعرفي، هل تشارك فى إعداد الأچندة؟ وهل تتعاون فى حل المشاكل، والواجب المنزلى، وتقدم مردودا عن العلاج باستمرار؟

٥- هل تتدخل بيولوجية المريضة (مرض عضوى أو الآثار الجانبية للأدوية أو العلاج غير المناسب) أو ظروفها الخارجية (سوء معاملة من الوالدين، أو عمل شاق يتطلب أشياء كثيرة، أو مستوى لا يحتمل من الفقر، أو جريمة فى محيطها) فى تطور العلاج؟

التعامل مع المشاكل العلاجية:

يمكن للمعالج أن يضع فى اعتباره واحدة أو أكثر من النقاط التالية اعتمادًا على المشكلة التى تم التعرف عليها.

١- إعاده النظر بعمق فى تشخيص الحالة وتقييمها.

٢- تحويل المريضة إلى طبيب باطنى أو أعصاب إذا لزم الأمر.

٣- إعادة صياغة (أو تكوين المفهوم عن المريضة) كتابة ومراجعة ذلك مع المريضة نفسها.

٤- القراءة عن علاج مرضى المحور الأول للتشخيص المعتمد (الأمريكى مثلاً) أو مرضى المحور الثانى.

٥- سؤال المريضة عن المردود من ناحية العلاج والمعالج.

٦- إعادة التأكيد على أهداف المريضة من العلاج (ومراجعة المزايا والعيوب المحتملة من تحقيق هذه الأهداف).

٧- التعرف على أفكار المعالج التلقائية عن المريضة وعن خبرته العلاجية ومعالجتها.

٨- إعادة النظر فى النموذج المعرفى وإظهار أى شكوك أو عدم الفهم من جانب المريضة.

٩- إعادة النظر فى خطة العلاج (والنظر فى أى تحفظات من جانب المريضة على هذه الخطة).

١٠- إعادة النظر فى مسئوليات المريضة ورأيها فى ذلك.

١١- التأكيد على إعداد الواجب المنزلى فى الجلسات وإنجازه خلال الأسبوع.

١٢- العمل باتساق على الأفكار التلقائية الرئيسية، والمعتقدات وربطها بالسلوكيات عبر الجلسات.

١٣- التأكيد على تفهم المريضة لمحتويات الجلسة العلاجية وجعلها تسجل النقاط الرئيسية فى كل جلسة.

١٤- بناء على متطلبات المريضة والفائدة العلاجية يمكن تغيير شكل الجلسات والمسافة الزمنية بينها وكمية المادة المتناولة خلالها. والصعوبة المتوقعة، ودرجة المواجدة التى يظهرها المعالج والدرجة التى يكون فيها المعالج محرضًا أو ناصحًا أو معلمًا أو التركيز النسبى على حل المشاكل.

وعلى المعالج أن يرصد أفكاره ومشاعره عندما يبدأ فى تقييم ومحاولة علاج المشاكل الناشئة فى أثناء عملية العلاج؛ لأن أفكاره ذاتها يمكن أن تتدخل بطريقة غير مشروعة فى طريقته فى حل المشاكل. وإنه لمن الوارد أن كل المعالجين - على الأقل فى بعض الأحيان - تتكون لديهم أفكار سلبية عن المرضى وعن العلاج وحتى عن أنفسهم كمعالجين.

ومن الافتراضات الشائعة التى تتكون لدى المعالجين وتمنعهم من إجراء التعديلات المناسبة فى العلاج الأمثلة الآتية:

(إذا قاطعت المريضة، سوف تظن أننى أتحكم فيها).

(إذا نظمت الجلسة بواسطة أچندة محكمة فقد تفوتنى أشياء مهمة).

(إذا سجلت الجلسة على مسجل فسوف أكون منتبهًا إلى نفسى أكثر من اللازم).

وأخيرًا، فإن المعالج الذى يقابل مشكلة فى العلاج لديه الخيار: فإما أن يضخم من المشكلة أو يلوم نفسه أو المريضة أو أنه يستغل هذه المشكلة لكى يحسن من مهاراته ومفاهيمه وخططه العلاجية ويطور من خبراته العلاجية وكيفية تفصيل الخطة العلاجية بما يناسب كل مريض على حدة.

الفصل الثامن عشر

نمو المعالج المعرفى

يعالج هذا الفصل باختصار الخطوات اللازمة لممارسة العلاج المعرفي القياسى. وكما سبق أن ذكرنا فى الفصل الأول من هذا الكتاب، فإن عليك كمعالج معرفي أن تكتسب الخبرة الأساسية فى تكنيكات العلاج. ولكي يتحقق ذلك حاول أن تطبقها أولاً على نفسك قبل تطبيقها على المريض (انظر الملحق د للمعلومات التى تمكن من الحصول على الاستمارات اللازمة للمرضى، والاختبارات المطلوبة، والكتيبات اللازمة). تطبيقك لهذه الخطوات ووضع نفسك مكان المرضى قد يساعدك على التعرف على المعوقات المختلفة (العملية والسيكولوجية) التى تتدخل فى أمور مهمة مثل الالتزام بالواجبات المختلفة. وعلى أقل تقدير إذا أردت أن تكون معالجًا معرفيًا ناجحًا؛ فعليك باتباع الآتى (إذا لم تكن قد قمت بذلك فعلاً).

١- ارصد مشاعرك و تعرف على أفكارك التلقائية حينما تشعر بالحزن.

٢- دوِّن أفكارك التلقائية، وإذا أغفلت هذه الخطوة فأنت تحرم نفسك من فرصة اكتشاف الصعوبات التى تواجه المرضى حينما يطلب منهم تدوين أفكارهم مثل ضعف الحافز، وقلة الوقت والطاقة والأمل. فحينما تطلب مثلاً من مريض أن يلتزم بالواجب المنزلى يمكنك أن تعقد مقارنة بين نفسك والمريض. فيمكن أن تسأل نفسك: هل كنت سأجد صعوبة فى عمل هذا الواجب؟ وما الذى كنت سأحتاجه لكى يكون لدى الحافز لعمله؟ وهل هذا الواجب معقول؟ وما الذى يمكن أن يقف فى طريقى وأنا أحاول تنفيذه؟ وهل كنت سأفهمه إذا قد قدم إلى بهذه الطريقة؟ وهل علىَّ أن أقدمها على خطوات؟ وبمعنى آخر، فإن تقدمك كمعالج معرفى يمكن أن يتحقق إذا وضعت فهمك لنفسك والطبيعة البشرية بصفة عامة على طاولة العلاج..

٣- تعرف على أفكارك التلقائية التى تعطلك عن تنفيذ الخطوة (٢) فأفكار مثل (ليس على أن أدون أفكارى التلقائية) أنا أعرف هذه الأمور، يمكن أن أحصرها فى عقلى). مثل هذه الأفكار تعوق تطورك كمعالج معرفي، والاستجابة التكيفية الجيدة لمثل هذه الأفكار يمكن أن تسلم بحقيقتها جزئيًا ولكنها تؤكد ميزة التصرف حيالها بطريقة مختلفة:

(صحيح أنه يمكننى أن أستمر كمعالج معرفي دون أن أطبق طرق العلاج على نفسى، لكن بالتأكيد سوف أكون أفضل لو دونت أفكارى التلقائية، سوف أتفهم الصعوبات التى تواجه مرضاى حينما يطلب منهم ذلك، فإذا حاولت تدوين أفكارى فسوف أتخيل مشاعرهم و أحدد طبيعة و عناصر المشكلة على أيه حال، إنها لن تكلفنى أكثر من دقيقتين).

٤- بمجرد أن تصبح خبيرًا فى التعرف على أفكارك التلقائية ومشاعرك, ابدأ بعمل استمارة الأفكار السلبية (DTR) فى يوم تلاحظ فيه أن مشاعرك تتغير. ولكن إن لم تكن أفكارك مشوشة أو سلبية بدرجة كبيرة أو إن كنت من النوع الذى تتكيف دائمًا مع أفكارك السلبية وتصححها، فإن عمل استمارة الأفكار السلبية (DTR) لا يساعد كثيرًا فى الخروج من حالة الكآبة (وتذكر أن المعالج المعرفي لا يطمح إلى التخلص نهائيًا من المشاعر السلبية و لكن يقلل من حدتها و تاثيرها على سلوك المريض). وعلى أية حال فسواء استفدت أو لم تستفد من استمارة الأفكار السلبية (DTR) فإن التدرب عليها سوف يساعدك كثيرًا فى تدريب مرضاك عليها.

٥- املأ الجزء الأسفل من مخطط تكوين (صياغة) المفهوم المعرفي مستخدمًا مواقف تكون قد شعرت فيها بالحزن أو بالقلق، وإن كان لديك صعوبة فى تحديد الموقف أو التعرف على أفكارك أو مشاعرك أو كشف المعنى وراء أفكارك فعليك بإعادة قراءة الفصول الفنية فى هذا الكتاب.

٦- استمر فى ملء الجزء الأعلى من مخطط تكوين المفهوم وحينما تشعر بالضغط العصبى أنظر إن كان هناك موضوع فى عمود عدم الشعور بأنك محبوب، أو الإحساس بالعجز، وحالما تعرفت على معتقد جوهرى، املأ الأعمدة الأخرى.

٧- حينما تتعرف على المعتقد الجوهرى فى التمرين السابق ، املأ استمارة المعتقدات الجوهرية. اختبر تفسيرك للمواقف لكى تحدد ان كنت تحرف الدليل لكى تبرهن على اعتقاد خاطئ أو أنك تتجاهل الأدلة الأخرى التى تبرهن على عدم صحة اعتقادك. لاحظ أن هذا التدريب قد لا يغير من معتقداتك الجوهرية إذا كان لديك افكار معادلة يمكن تنشيطها عند اللزوم، و لكن إكمال الاستمارة سوف يجعلك على الأقل أكثر معرفة بها أو أكثر ميلاً لاستخدامها بطريقة فعالة مع المرضى.

٨- حاول تطبيق بعض الطرق أو التكنيكات الأساسية الأخرى:

مثل رصد الأنشطة وجدولتها وترديد العبارات الإيجابية عن الذات والاستجابة للتخيلات التلقائية والعمل بطريقة (كما لو) أو استمارة حل المشكلات وقراءة وكتابة البطاقات التكيفية وعمل مقارنات عن الذات فى أوقات مختلفة، وعمل المميزات والعيوب عند الإقدام على اتخاذ قرار ما.

٩- وبعد أن تكون قد جربت بعض الطرق الأساسية فى العلاج المعرفى مع نفسك، اختر حالة واضحة غير معقدة لمحاولتك الأولى فى العلاج المعرفى، لأنك إن اخترت مريضًا صعبًا أو حالة معقدة فإن الطرق القياسية التى ذكرت فى هذا الكتاب ربما لا تكون مناسبة (انظر الفصل السادس عشر). ويعتبر المريض المثالى الأول للمعالج المبتدئ هو مريض مصاب باكتئاب

أحادى القطب، أو قلق نفسى أو عصاب تفاعلى دون وجود تشخيص على المحور الثانى (AXIS II) أى عدم وجود اضطرابات فى الشخصية. ويفضل اختيار مريض جديد بدلاً من اختيار مريض قد جربت معه طرق أخرى للعلاج، وأنه لمن المحبذ أن تعالج هذا المريض طبقًا للإرشادات الموجودة فى هذا الكتاب بطريقة نقية بقدر الإمكان. وهناك نقطة تحذير تقول: إن المعالجين ذوى الخبرة فى طرق علاجية أخرى غير العلاج المعرفى إنما يغريهم التراجع إلى التكنيكات التى تعلموها فى المدارس العلاجية الأخرى، وهذا ما يعطل التقدم فى العلاج المعرفى.

١٠-احصل على موافقة مكتوبة إن كنت تريد تسجيل الجلسات على أشرطة كاسيت أو فيديو. راجع هذه التسجيلات إما بفردك أو مع زميل أو مشرف علاجي وهذه المراجعة ضرورية لتطورك كمعالج و من الوسائل الاساسية لتقييم هذه التسجيلات هى كتيب مقياس العلاج المعرفي Cogntive therapy scale manual (انظر الملحق د) فهو يستخدم كثيرًا من قبل المشرفين العلاجيين لتقييم المعالجين المتدربين ومتابعة تطورهم.

١١-استمر فى القراءة عن العلاج المعرفي ، وارجع إلى قائمة المراجع فى الملحق (ب) و(جـ) تتأكد أنك قد قرأت الكتيبات والنشرات والكتب التى توجه للمرضى حتى تستطيع توجيه مرضاك إلى القراءة العلاجية Bibliotherapy.

١٢-ابحث عن فرصة الإشراف أو التعليم إما محليًا أو من خلال معهد بيك لأبحاث العلاج المعرفى (ملحق د).

١٣- وأخيرا، ينبغى أن تحرص على حضور المؤتمرات التى تعقدها الجمعية العالمية للعلاج المعرفي وجمعيه تطور العلاج السلوكى والجمعية الأوروبية للعلاج السلوكى والمعرفي أو الجمعيات المحلية للعلاج المعرفى السلوكى (انظر الملحق د لمعرفة عناوين هذه الجمعيات).

ملاحق

ملحق أ

اســــم المعالج: جوديث

اســــم المريضة : سالى

التاريخ ١٠/٢

١- المعلومات التعريفية:

تبلغ سالى من العمر ١٨ سنة، طالبة جامعية فى السنة التمهيدية تعيش مع الطالبات الجدد فى سكن الجامعة مع زميلة لها.

١- **التشخيص** (DSM – IV)

المحور الأول: نوبة اكتئاب عظمى، النوبة الأولى، متوســطة الشــدة٢ (٢٩٦-٢٢)

المحور الثانى: لا توجد اضطرابات فى الشخصية.

المحور الثالث: لا توجد أمراض عضوية.

المحور الرابع: ضغوط اجتماعية خفيفة (تترك البيت للمرة الأولى)

المحور الخامس : تقييم وظائف النفس الكلية: حاليًا ٦٠ العام الماضى ٥٥

٢- العلامات الموضوعية:

	النتائج	جلسة١	جلسة٢	جلسة٣	جلسة٤	جلسة٥	جلسة٦	جلسة٧
مقياس بك للاكتئاب	٧							
مقياس بك للقلم	٥							
مقياس بك لليأس	٥							
اختبارات أخرى								

الاتجاه العام للعلامات :

٣- المشاكل الحالية والأداء العام:

تشكو المريضة من الاكتئاب و القلق و صعوبة التركيز، والرغبة في الانعزال، وكثرة النوم، لوم الذات. وهى تحضر الدروس ولكنها تعانى من صعوبة فى الاستذكار واكمال واجباتها، تتفادى المشاكل مع رفيقة السكن.

٤- التاريخ التطورى:

ا - التاريخ التطورى (الأسرى - الاجتماعى - التعليمى - الطبى - النفسى - الوظيفى)

- هى الصغرى من اثنين فى عائلة مترابطة.

- لها أصدقاء كثيرون.

- مستواها الدراسى متوسط، ولكنها تشعر بالقلق على الدرجات.

- لا توجد لديها مشاكل طبية مهمة، ليس لديها تاريخ مرضى نفسى سابق، التحقت بنجاح فى عمل لفترة واحدة العام الماضى.

ب- العلاقات (الوالدان – الأخوة – الزملاء – أشخاص ذوى سلطة – آخرون)

- كانت الأم ومازالت كثيرة الانتقاد لها، الأب كان أكثر تشجيعًا، لكنه غائب معظم الوقت بسبب العمل.

- علاقتها حميمة جدًا مع أخيها على الرغم من أن فارق السن خمس سنوات.

- تخاف المدرسين المتزمتين.

جـ- الأحداث المهمة والصدمات:

- الأب يجادل كثيرًا.

- مدرس صعب فى السنة الثانية الابتدائية (كنت خايفة منه طول السنة).

- دائمة التعرض للنقد واللوم من والدتها.

- دائمة الانتقاد لنفسها لأنها ليست مثل أخيها فى الدراسة.

٥- الجانب المعرفى:

أ- الجانب المعرفى المتطابق مع المريض

١- المشاكل الحالية / المواقف الإشكالية.

- استذكار الدروس وكتابة الأبحاث.

- التطوع فى الدرس والاضطلاع بأعمال فى الحصة.

- العزلة الاجتماعية.

- عدم الاعتداد بالذات أمام المدرسين و زملاء السكن.

- قضاء وقت طويل فى الفراش.

٢- الأفكار التلقائية، والمشاعر، والسلوك فى هذه المواقف.

- ما قدرش أعمل ده، أنا فاشلة، أنا عمرى ما حقدر أنجز حاجة هنا (حزن) خايفة أسقط فى الامتحان، خايفة مساعد الأستاذ يرفض يساعدنى، أنا ممكن أفشل تمامًا (قلق).

- أنا لازم أبذل مجهود أكثر، وأحسن من كده بكثير (إحساس بالذنب)

ب - المعتقدات الجوهرية.

أنا غير كفء، أنا خائبة.

جـ - المعتقدات الشرطية

- إذا لم أعمل جيد جدًا، فسوف أفشل.

- إذا لم أكن ناجحة فى الدراسة، فأنا فاشلة كإنسانة.

- إذا سألت المساعدة من أحد، فمعنى ذلك أنى ضعيفة.

د - الأدوار (الواجبات والالتزامات المطبقة على النفس والآخرين)

- لابد من أن أعمل جيد جدًا.

- لابد من أن أصل إلى أقصى طاقتى وإمكانياتى.

- لابد من أن أكون متقدمة.

٦- تكامل وصياغة الجانب التطورى والمعرفى:

أ - تكوين المفهوم عن الذات والآخرين.

ترى سالى نفسها كفء فى بعض الجوانب، وغير كفء وعاجزة فى جوانب أخرى، وهى تعظم من قدرات الآخرين (أختيها وأصدقاءها) وتقلل من شأن نفسها.

ب - التفاعل بين أحداث الحياة و هشاشة الجانب الإدراكى.

إن سالى دائما معرضة لأن ترى نفسها فاشلة، وإن أمها التى كانت تنتقدها باستمرار قد دعمت لديها فكرة أنها غير كفؤ، بالإضافة إلى ذلك فإن سالى دائمًا ما تقارن نفسها بأخيها المتفوق (لأنه يكبرها بخمس سنوات). دائمًا يفعل أى شىء أفضل منها.

جـ- الاستراتيجيات التعويضية والتكيفية.

- تتوقع أداء أفضل من نفسها.

- تعمل بجهد شديد.

- متيقظة دائمًا لأخطائها.

- تتجنب طلب المساعدة.

د - نشوء المرض الحالى واستمراره.

بدأ الاكتئاب بعد مغادرة سالى للمنزل ومواجهة بعض الصعوبات فى الموارد الدراسية، ولقد أثر القلق على أدائها الدراسى والتحصيلى، وأصبحت تمامًا

دائمة اللوم لنفسها وغير سعيدة، وبدأت تنسحب تدريجيا من الأنشطة والناس ولقد ساعد ذلك على زيادة الاكتئاب عندها.

٧ – اتجاهات العلاج:

أ- الصلاحية للعلاج المعرفي (قدر: ضعيف – متوسط – عال. وصنف الملاحظات إن وجدت).

١- التفكير السيكولوجى: مرتفع.

٢- الموضوعية: مرتفعة.

٣- الوعى: متوسط إلى مرتفع.

٤- الاعتقاد فى النموذج الإدراكى: متوسط إلى مرتفع.

٥- سهولة التعرف على الأفكار التلقائية والمعتقدات ومدى مرونتها: متوسط.

٦- التكيف: مرتفع.

٧- روح الفكاهة: منخفضة / فى تقلص.

ب- نظام الشخصية: اجتماعية أو استقلالية.

- أعلى فى الاستقلالية من الاجتماعية.

- تضع قيمة عالية للإنجاز، ترى أن طلب المساعدة هو بمثابة ضعف فى الشخصية.

- متوسطة فى الاجتماعيات، تحترم الصداقة، مهتمة برأى الناس فيها.

جـ - دوافع المريضة، وأهداف وتوقعاتها من العلاج.

لديها دوافع، لديها توقعات غير واضحة عن العلاج ولكنها مقتنعة بفكرة أن تكون هى معالجة لنفسها.

الأهداف:

- تحسين الأداء الدراسى.
- تقليل القلق من ناحية الامتحانات.
- مقابلة أناس أكثر.
- الانضمام للنشاطات الجامعية أو إيجاد عمل لفترة واحدة.

د - أهداف المعالج.

- التخفيف من نقد الذات.
- تعلم الوسائل المعرفيه الأساسية، وسجل الأفكار التلقائية.
- التقليل من الوقت الذى تقضيه فى الفراش.
- حل مشاكل الدراسة، والأبحاث، والامتحانات.

هـ- الصعوبات المتوقعة وتحوير العلاج القياسى بما يناسب الحالة.

لا يوجد.

ملحق (ب)

قائمة ببعض المراجع الأساسية في العلاج المعرفي للمعالجين:

كتب وفصول وعناوين في المجلات العلمية باللغة الإنجليزية:

BOOKS, CHAPTERS, AND JOURNAL ARTICLES

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1988). *Love is never enough.* New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46,* 368–375.

Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse.* New York: Guilford Press.

Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52–96). Oxford: Oxford University Press.

Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 283–298). New York: Plenum Press.

Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral therapy with families.* New York: Brunner/Mazel.

Fennell, M. J. V. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, &

D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (169–234). Oxford: Oxford University Press.

Freeman, A. (Ed.). (1983). *Cognitive therapy with couples and groups.* New York: Plenum Press.

Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Eds.). (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E., & Arkowitz, H. (Eds.). (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107–146). New York: Guilford Press.

Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (Eds.). (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide.* Oxford: Oxford University Press.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive–behavioral therapies. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 428–466). New York: Wiley.

Kuehlwein, K. T., & Rosen, H. (Eds.). (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice.* San Francisco: Jossey-Bass.

Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

McMullin, R. E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques.* New York: W. W. Norton.

Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach.* New York: W. W. Norton.

Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10,* 509–526.

Scott, J., Williams, J. M. G., & Beck, A. T. (Eds.). (1989). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook.* New York: Routledge.

Wright, J. H., & Beck, A. T. (in press). Cognitive therapy. In R. E. Hales, J. A. Talbott, & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wright, J., Thase, M., Beck, A. T., & Ludgate, J. (Eds.). (1993). *Cognitive therapy with inpatients.* New York: Guilford Press.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

JOURNALS

Cognitive and Behavioral Practice. Published by the Association for Advancement of Behavior Therapy.

Cognitive Therapy and Research. Published by Plenum Press, New York.

Journal of Cognitive Psychotherapy, an International Quarterly. Published by Springer, New York; also available through the IACP (see Appendix D).

The Behavior Therapist. Published by the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

NEWSLETTER

International Association for Cognitive Psychotherapy Newsletter. Available from the IACP (see Appendix D).

ملحق (ج)

قائمة ببعض القراءات في العلاج المعرفى للمرضى (والمعالجين)

Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1995). *Coping with depression* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

Beck, A. T., & Emery, G. (1995). *Coping with anxiety and panic* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

Bricker, D. C., & Young, J. E. (1991). *A client's guide to schema-focused cognitive therapy*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: New American Library.

Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: William Morrow.

Greenberg, R. L., & Beck, A. T. (1995). *Panic attacks: How to cope, how to recover* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

Greenberger, D., & Padesky, C. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford Press.

McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief*. Oakland, CA: New Harbinger.

McKay, M., & Fanning, P. (1987). *Self-esteem*. Oakland, CA: New Harbinger.

Morse, S. B., Morse, M., & Nackoul, K. (1992). *Cognitive principles and techniques: A video series and workbooks*. Albuquerque, NM: Creative Cognitive Therapy Productions.

Young, J. E., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Dutton.

ملحق (د)

مصادر أساسية للعلاج المعرفى

TRAINING PROGRAMS

The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research in suburban Philadelphia offers intramural and extramural training programs.

Beck Institute for Cognitive Therapy and Research
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Phone: 610/664-3020 Fax: 610/664-4437

THERAPIST AND PATIENT MATERIALS

The following may be ordered from the Beck Institute at the above address:

Patient pamphlets
Worksheet packets
Cognitive Therapy Rating Scale and Manual
Books, videotapes, and audiotapes by Aaron T. Beck, M.D.
Beck Institute Training Program Brochure
Beck Institute Educational Catalog
Information about the Cognitive Therapy Interactive Computer Program for Patients, developed by Jesse Wright, M.D., and Aaron T. Beck, M.D.

ASSESSMENT MATERIALS

The following scales and manuals may be ordered from The Psychological Corporation, 555 Academic Court, San Antonio, TX, 78204-9990, 1-800-228-0752:

Beck Depression Inventory and Manual
Beck Anxiety Inventory
Beck Hopelessness Scale
Beck Scale for Suicidal Ideation.

Beck Children's Inventories are in development and will be available in the future from The Psychological Corporation.

COGNITIVE THERAPY PROFESSIONAL ORGANIZATIONS

International Association for Cognitive Psychotherapy
Beck Institute for Cognitive Therapy
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Phone: 610/664-3020 Fax: 610/664-4437

Association for Advancement of Behavior Therapy
305 Seventh Avenue
New York, NY 10001-6008
USA
Phone: 212/279-7970

European Association of Behavior and Cognitive Therapy
Rod Holland
Northwick Park Hospital & Clinical Research Centre
Watford Road, Harrow
Middlesex HA13VJ
United Kingdom

المراجع

Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, C. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry, 149,* 82–87.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 657-694). Washington, DC. American Psychological Association.

Barlow, D., Craske, M., Cerney, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20,* 261–268.

Baucom, D., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Baucom, D., Sayers, S., & Scher, T. (1990). Supplementary behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: An outcome investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 636–645.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10,* 561–571.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman, & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck, A. T. (1988). *Love is never enough.* New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (in press). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1974). *Coping with depression*. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. J., & Wright, F. D. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 149*(6), 778–783.
Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
Bedrosian, R. C., & Bozicas, G. D. (1994). *Treating family of origin problems: A cognitive approach*. New York: Guilford Press.
Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: Avon.
Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredity, K., Potter, R., Bamford, C. R., & Levenson, A. I. (1987). Group cognitive therapy and alprazalam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 550–556.
Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in- patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry, 156*, 73–78.
Bowers, W. A. (1993). Cognitive therapy for eating disorders. In J. Wright, M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients* (pp. 337–356). New York: Guilford Press.
Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet.
Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: Morrow.
Butler, G. (1989). Phobic disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive–behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 97–128). New York: Oxford University Press.
Butler, G., Fennell, M., Robson, D., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive–behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 167–175.
Casey, D. A., & Grant, R. W. (1993). Cognitive therapy with depressed elderly inpatients. In J. Wright, M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients* (pp. 295–314). New York: Guilford Press.
Chadwick, P. D. J., & Lowe, C. F. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 225–232.
Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive–behavior therapy for*

psychiatric problems: A practical guide (pp. 52–96). New York: Oxford University Press.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., & Gelder, M. (1992). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry, 164,* 759–769.

Dancu, C. V., & Foa, E. B. (1992). Posttraumatic stress disorder. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (79–88). New York: Plenum Press.

Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples.* Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1988). *The relaxation and stress reduction workbook.* Oakland, CA: New Harbinger.

Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 414–419.

Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through general guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 283–297). New York: Plenum Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Epstein, N., Schlesinger, S. E., & Dryden, W. (1988). *Cognitive–behavioral therapy with families.* New York: Brunner/Mazel.

Evans, J. M. G., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry, 49,* 802–808.

Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 277–314). New York: Oxford University Press.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & Doll, H. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry, 48,* 463–469.

Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Eds.). (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy.* New York: Plenum Press.

Freeman, A., Schrodt, G., Gilson, M., & Ludgate, J. (1993). Group cognitive therapy with inpatients. In J. Wright, M. Thase, A. T. Beck, & J. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients* (pp. 121–153). New York: Guilford Press.

Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E., & Arkowitz, M. (Eds.). (1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.

Fremouw, W. J., dePerczel, N., & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: Assessment and response*. New York: Pergamon Press.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107–146). New York: Guilford Press.

Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmstead, M. P., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 150*, 37–46.

Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 48*, 938–945.

Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. New York: Viking Penguin.

Greenberger, D., & Padesky, C. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford Press.

Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. New York: Viking Penguin.

Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Heimberg, R. G. (1990). Cognitive behavior therapy (for social phobia). In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comparative handbook of treatments for adult disorders* (pp. 203–218). New York: Wiley.

Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 1–23.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 428–466). New York: Wiley.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Seligman, M. E. P. (1992). Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychiatry, 1*, 89–95.

Jacobson, E. (1974). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, Midway Reprint.

Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.

Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
Mahoney, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of additive behaviors*. New York: Guilford Press.
McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief.* Oakland, CA: New Harbinger.
McMullin, R. E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: W. W. Norton.
Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press.
Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy, 20*, 25–47.
Miller, P. (1991). The application of cognitive therapy to chronic pain. In T. M. Vallis, J. L. Howes, & P. C. Miller (Eds.), *The challenge of cognitive therapy: Application to nontraditional populations* (pp. 159–182). New York: Plenum Press.
Morse, S. B., Morse, M., & Nackoul, K. (1992). *Cognitive principles and techniques: A video series and workbooks*. Albuquerque, NM: Creative Cognitive Therapy Productions.
Niemeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 21*(3), 281–292.
Overholser, J. C. (1993a). Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. *Psychotherapy, 30,* 67–74.
Overholser, J. C. (1993b). Elements of the Socratic method: II. Inductive reasoning. *Psychotherapy, 30,* 75–85.
Palmer, A. G., Williams, H., & Adams, M. (1994). *Cognitive behavioral therapy in a group for bipolar patients*. (Manuscript submitted for publication).
Parrott, C. A., & Howes, J. L. (1991). The application of cognitive therapy to post-traumatic stress disorder. In T. M. Vallis, J. L. Howes, & P. C. Miller (Eds.), *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations* (pp. 85–109). New York: Plenum Press.
Perris, C., Ingelson, U., & Johnson, D. (1993). Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapy in action: Evolving innovative practice* (pp. 379–402). San Francisco: Jossey-Bass.
Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice.* New York: W. W. Norton.
Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12,* 557–575.
Rosen, H. (1988). The constructivist-development paradigm. In R. A. Dorfman

(Ed.), *Paradigms of clinical social work* (pp. 317–355). New York: Brunner/Mazel.
Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1*(1), 17–37.
Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10,* 509–526.
Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 129–168). New York: Oxford University Press.
Scott, J., Williams, J. M. G., & Beck, A. T. (Eds.). (1989). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook.* New York: Routledge.
Thase, M. E., Bowler, K., & Harden, T. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behavior Therapy, 22,* 469–477.
Thompson, L. W., Davies, R., Gallagher, D., & Krantz, S. E. (1986). Cognitive therapy with older adults. In T. L. Bring (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 245–279). New York: Haworth Press.
Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective.* New York: Guilford Press.
Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. In J. Scott, M. G. Williams, & A. T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook* (pp. 50–77). London: Routledge.
Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation.* Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.
Woody, G. E., Luborsky, L., McClellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., Herman, I., & Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry, 40,* 1081–1086.
Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.
Young, J. E., & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns.* New York: Dutton Press.

المؤلف فى سطور

جوديث بيك

مديرة معهد بك للعلاج المعرفى والأبحاث فى فيلادلفيا. وأستاذ السيكولوجى فى الطب النفسى فى جامعة بنسلفانيا، حصلت على درجة الدكتوراه فى جامعة بنسلفانيا عام ١٩٨٢. وتدير دكتور جوديث بيك المهام الأساسية الثلاثة فى المعهد وهى: التدريس، والعلاج النفسى، والأبحاث، وهى حاليًا تقسم وقتها بين الإدارة والتعليم والبحث العلمى والكتابة، وهى مستشارة فى كثير من أبحاث المعهد القومى للصحة النفسية، وكثيرًا ما تقدم ندوات وورش عمل قومية وعالمية فى العلاج المعرفى للأمراض النفسية المختلفة. لها عديد من المؤلفات والكتب فى العلاج المعرفى، ويعتبر هذا الكتاب "العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد" هو أهم كتبها، ولقد ترجم إلى ١٣ لغة بما فى ذلك هذه النسخة العربية، وهى ناشرة كتاب "مرجع أكسفورد فى العلاج النفسى". شاركت فى تأليف كتاب "العلاج المعرفى فى اضطرابات الشخصية"، وأحدث كتبها هو:

"تحدى المشكلات ماذا تفعل إذا لم تنجح القواعد".

ولقد كتبت العديد من المقالات العلمية فى التطبيقات المختلفة للعلاج المعرفى.

ود. بيك فوق كل ذلك هى ابنة دكتور آرون بيك مؤسس نظرية العلاج المعرفى، ومشاركة له فى تأسيس أكاديمية العلاج المعرفى.

المترجم فى سطور

طلعت مطر تادرس

- مواليد ١٩٥٣
- تخرج من كلية الطب جامعة طنطا سنة ١٩٧٧.
- حصل على الماجستير فى الطب النفسى والأعصاب عام ١٩٨٣.
- حصل على الدكتوراه فى الطب النفسى عام ١٩٩٧.
- يعمل حاليًا استشاريًا ورئيس قسم الطب النفسى بمستشفى عبيد الله، وسيف بن غباش، بإمارة رأس الخيمة بدولة الإمارات العربية المتحدة.
- له العديد من الأبحاث والمنشورات فى الدوريات العلمية العالمية، كما شارك فى العديد من المؤتمرات العلمية بأبحاث مختلفة.

المراجع فى سطور

إيهاب الخراط

- بعد حصوله على ماجستير الطب النفسى من جامعة القاهرة حصل على الدكتوراه من جامعة كنت بإنجلترا عن دراسته المقارنة فى "فلسفة العلاج فى برامج إعادة تأهيل المدمنين".
- مؤسس ومدير برنامج الحرية من الإدمان والإيدز، والذى يضم عشرة مراكز علاجية وبرنامجًا تدريبيًا أوليًا.
- ألقى محاضرات فى العلاج والوقاية فى عدد كبير من دول العالم.
- قام بالتدريس فى جامعات لندن وكنت، وألقى محاضرات فى الولايات المتحدة وإسبانيا وروسيا وأوكرانيا وغيرها.
- الرئيس الحالى للتجمع العالمى للتعامل مع التعاطى والإدمان الذى يضم أعضاء من ٥٥ دولة.
- مارس العلاج المعرفى منذ ١٩٩٤، وقام بتدريسه وتطبيقه فى مجالاته المتنوعة.



يعد كتاب "العلاج المعرفى: الأسس والأبعاد" واحدًا من أهم مراجع العلاج المعرفى؛ حيث يخاطب المعالج المبتدئ الذى يريد التعرف على هذا النوع من العلاج.

ويتضمن الكتاب تعريفًا بالمفاهيم الأساسية للعلاج المعرفى والقواعد المتبعة وكيفية بدء العلاج مع المريض وإرشادات مسيرة العلاج حتى اكتمالها. وقد أوردت المؤلفة حالة لمريضة حقيقية كانت تحت هذا النوع من العلاج فى أثناء كتابة الكتاب. موضحة الخطوات التى اتخذتها مع المريضة منذ بداية العلاج وحتى نهايته. ويشتمل الكتاب على معظم المفاهيم المعروفة فى العلاج المعرفى؛ لذا فهو يعتبر مرجعًا أساسيًا لا غنى عنه لمن يريد التعرف على هذا النوع من العلاج. ولقد تُرجم الكتاب إلى أربع عشرة لغة من بينها هذه الطبعة العربية.

تصميم الغلاف: هند سمير